

Anita Kangasharju & Annukka Määttä

**LAPSEN SUUN TERVEYDENTILAN ARVIO –
VIDEOMATERIAALI TERVEYDENHOITAJAOPISEKELIJOILLE**

**LAPSEN SUUN TERVEYDENTILAN ARVIO –
VIDEOMATERIAALI TERVEYDENHOITAJAOPISEKELIJOILLE**

Anita Kangasharju & Annukka Määttä
Lapsen suun terveydentilan arvio
Syksy 2016
Suun terveydenhuollon ko.
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Tekijät: Kangasharju Anita & Määttä Annukka

Opinnäytetyön nimi: Lapsen suun terveydentilan arvio – videomateriaali terveydenhoitajaopiskelijoille

Työn ohjaajat: Keckman Anne & Korteniemi Anne

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2016

Sivumäärä: 45 + 9

Terveydenhoitaja on yksi lastenneuvolan keskeisimmistä toimijoista. Terveydenhoitaja tapaa lapsen tämän neuvolauran aikana noin 16 kertaa, joista vähintään viisi tehdään yhteistyössä lääkärin kanssa. Näissä määräaikaistarkastuksissa seurataan lapsen kehitystä ja kasvua. Myös suun terveys on osa lapsen yleisterveyttä ja hyvinvointia. Siksi osassa määräaikaistarkastuksista tehdään myös lapsen suun terveydentilan arvio, joka koostuu suun terveyteen liittyvästä terveystarkastuksesta ja lapsen suuhun katsomisesta.

Haurisen, Mattilan & Tepsan vuonna 2014 tekemässä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ilmeni, ettei suun terveydenhoidon opetus ole terveydenhoitajaopiskelijoiden mielestä riittävää työelämää varten. Tutkimus tehtiin Oulun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyöprojektimme tavoitteena oli tuottaa laadukas ja käytännönläheinen videomateriaali lapsen suun terveydentilan arvion tekemisestä lastenneuvolassa. Videomateriaali luovutettiin Oulun ammattikorkeakoulun käyttöön ja sitä hyödynnetään ensisijaisesti terveydenhoitajaopiskelijoiden koulutuksessa. Videon aiheita olivat lapsen suun tutkiminen, hampaiden puhkeaminen, hampaiden harjaus, fluorihammastahnan käyttö, ruokavalio, ksylitolin käyttö, mutans streptokokki –bakteerin tarttuminen, karies, tutin käyttö ja tuttipullon käyttö.

Opinnäytetyömme sisälsi lähdemateriaaliin perehtymisen, sekä tietoperustan ja projektisuunnitelman tekemisen. Videomateriaalin tuottamista varten kirjoitimme kuvakäsikirjoituksen, minkä jälkeen kuvasimme ja editoimme videon. Projektin tuloksena oli terveydenhoitajaopiskelijoille tehty videomateriaali lapsen suun terveydentilan arvion tekemisestä.

Videomateriaalia käytetään suun terveydenhoidon opetusmateriaalin tukena Oulun ammattikorkeakoulussa.

Asiasanat: Lapsi, neuvola, terveydenhoitaja, suunterveys, video

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Dental Health Care

Authors: Kangasharju Anita & Määttä Annukka

Title of thesis: Assessing Child's Oral Health Care: Video Material for Public Health Nurse Students

Supervisors: Keckman Anne & Kortenieniemi Anne

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016 Number of pages: 45 + 9

Public health nurses have one of the major roles in child health centers. They do temporary check-ups to children between ages 0–6, and these check-ups include assessing child's oral health care. According to the study of Haurinen, Mattila & Tepsa (made in 2014, Oulu University of Applied Sciences) public health nurse students do not get enough education concerning children's oral health care during their studies.

Our objective was to create a video material which has information for public health nurse students about child's oral health including nutrition and oral hygiene. We also show how to examine child's mouth. This video material will be used in the education of public health nurse students in Oulu University of Applied Sciences and it will not be expanded.

This project included finding material of children's oral health, job description of public health nurse and process of making video. Themes of the video material are examining of child's mouth, teething, brushing teeth, using of fluoride toothpaste, nutrition, xylitol, *Streptococcus mutans* – bacteria, caries, dummy and feeding bottle. We also made a script for the video material. After that we filmed and edited the video material.

In this project we produced good education video material for public health nurse students of Oulu University of Applied Sciences.

Keywords: Children, child health center, public health nurse, dental health care, video

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Projektin tausta ja tavoitteet	7
2.2	Projektin organisaatio ja vaiheet	8
3	TERVEYDENHOITAJA LAPSEN SUUN TERVEYDENTILAN ARVIOIJANA LASTENNEUVOLASSA	11
3.1	Toimenkuva ja koulutus	11
3.2	Suun terveydentilan arvio lastenneuvolassa	12
4	LAPSEN SUUN TERVEYS	16
4.1	Hampaiden puhkeaminen	16
4.2	Purentavirheet ja niiden tunnistaminen	17
4.3	Hampaiden harjaus ja fluorihammastahnan käyttö	20
4.4	Ruokavalio ja ksylitolin käyttö	21
4.5	Suun bakteerit ja karies	22
4.6	Imetys, tuttipullon ja tutin käyttö	24
5	VIDEO OPPIMATERIAALINA	25
6	PROJEKTIN TOTEUTUS	28
6.1	Suunnittelu	28
6.2	Kuvaus, editointi ja viimeistely	30
6.3	Tekijänoikeudet	33
7	PROJEKTIN ARVIOINTI	35
7.1	Videomateriaalin arviointi	35
7.2	Projektityöskentelyn arviointi	38
8	POHDINTA	40
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveystenhoitajat ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ammattilaisia. He työskentelevät monenlaisissa toimintaympäristöissä, kuten esimerkiksi neuvoloissa. (Haarala, Honkanen, Mellin, Tervaskanto-Mäentausta 2015, 17.) Neuvolatyöskentelyyn liittyvät lasten määrääikaistarkastukset, joiden yhteydessä tehdään suun terveydentilan arvio (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 23.8.2016). Opinnäytetyömme on jatkotutkimus vuonna 2014 tehdyille opinnäytetyölle ”Terveystenhoitajaopiskelijoiden tiedot lasten suun terveydenhoidosta” (Haurinen, Mattila & Tepsa 2014, Oulun ammattikorkeakoulu). Aiheenamme on videomateriaalin tekeminen Oulun ammattikorkeakoulussa opiskeleville terveydenhoitajaopiskelijoille. Koimme aiheen tarpeelliseksi, sillä opinnäytetyötämme edeltävä Haurisen, Mattilan & Tepsan tutkimus paljasti, että valmistuvien terveydenhoitajaopiskelijoiden tiedot lasten suun terveydentilan arvion tekemisestä olivat heikot ja puutteelliset. On tärkeää, että terveydenhoitajat osaavat tehdä suun terveydentilan arvion, sillä suun terveys on tärkeä osa yleisterveyttä ja hyvinvointia.

Videomateriaalin sisältöön kuuluvat lapsen suun terveyden edistämisen teoria ja lapsen suun tutkiminen. Lapsen suun terveyden edistämisen teoriaan liittyvät keskeiset käsitteet ovat: hampaiden puhkeaminen, hampaiden harjaus, fluorihammastahnan käyttö, ruokavalio, ksylitolin käyttö, suun bakteerit, karies, imetys ja tuttipullon sekä tutin käyttö. Tietoperustan termistö on pyritty pitämään mahdollisimman ymmärrettävänä ja suun terveydenhuollon ammattisanasto on selitetty siten, että se on kaikkien lukijoiden ymmärrettävissä.

Oulun ammattikorkeakoululla on oikeudet videomateriaalin opetuskäyttöön. Videomateriaalia saa näyttää opetuksen tukena Oulun ammattikorkeakoulussa opiskeleville ja sitä saa jakaa opiskelijoille esimerkiksi oppimateriaalin yhteydessä internetin kautta. Videomateriaalia ei saa markkinoida tai levittää koulun ulkopuolelle, eikä siihen saa tehdä muutoksia ilman tekijöiden lupaa.

2 PROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Projektin tausta ja tavoitteet

Terveystenhoitajat ovat hyvinvoinnin asiantuntijoita ja he työskentelevät mm. odottavien äitien, pienten lasten ja kouluikäisten kanssa. Heidän työtehtäviinsä kuuluu niin ennaltaehkäisevät kuin terveyttä edistävät tehtävät, eli he ovat kansanterveystyön asiantuntijoita. (Haarala ym. 2015, 17.) Oulun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalan yksikössä koulutetaan joka vuosi terveydenhoitajaopiskelijoita. Oulun ammattikorkeakoulun yliopettaja Helena Heikan mukaan terveydenhoitajaopiskelijat saavat vain kolme tuntia opetusta suun terveydestä opintojensa aikana. Vuonna 2014 valmistuneen opinnäytetyön ”Terveystenhoitajaopiskelijoiden tiedot lasten suun terveydenhoidosta” mukaan opiskelijat kokevat, etteivät suun terveyteen liittyvät tunnrit anna heille riittävästi tietoa ja osaamista työelämään, ja he kaipaisivat lisää käytännön opetusta koulutukseensa. (Haurinen, Mattila & Tepsa 2014, 3, 30). Valitsimme tämän opinnäytetyön aiheen, koska terveydenhoitajaopiskelijat toivoivat lisää koulutusta ja yhteistyötä suuhygienistiopiskelijoiden kanssa. Lisäksi koimme, että videomateriaali voisi olla hyvä lisä terveydenhoitajaopiskelijoiden koulutukseen.

Tilaaajamme projektissa on Oulun ammattikorkeakoulu ja tilaaajan edustajana toimii Helena Heikka. Hän opettaa terveydenhoitajaopiskelijoille suun terveyden osion ja saa käyttöönsä tämän projektin videomateriaalituotoksen oman opetuksensa tueksi. Projektin **tarkoituksena** on vastata vuoden 2014 opinnäytetyön tutkimuksessa osoitettuihin terveydenhoitajaopiskelijoiden tarpeisiin saada lisäkoulutusta lasten suun terveydenhoidosta. Lisäksi tarkoituksena on antaa lisää varmuutta terveydenhoitajaopiskelijoille lapsen suun terveydentilan arvion tekemiseen. Projektimme **tavoitteena** oli tuottaa laadukas ja selkeä videomateriaali terveydenhoitajaopiskelijoille lapsen suun terveydentilan arvion tekemisestä.

Laatu on suhteellinen käsite, joka käsitetään usein epämääräiseksi, mutta myönteiseksi ja hienoksi asiaksi. Laadun arviointikriteerit riippuvat siitä, millainen tilanne on kyseessä ja millaiset tavoitteet on asetettu. Laatu voidaan tarkastella siten, että verrataan saatua tulosta asetettuihin tavoitteisiin - laatu on siis todettua yhdenmukaisuutta vaatimusten kanssa ja se koostuu suuresta joukosta pieniä asioita. (Ruuska 2007, 234).

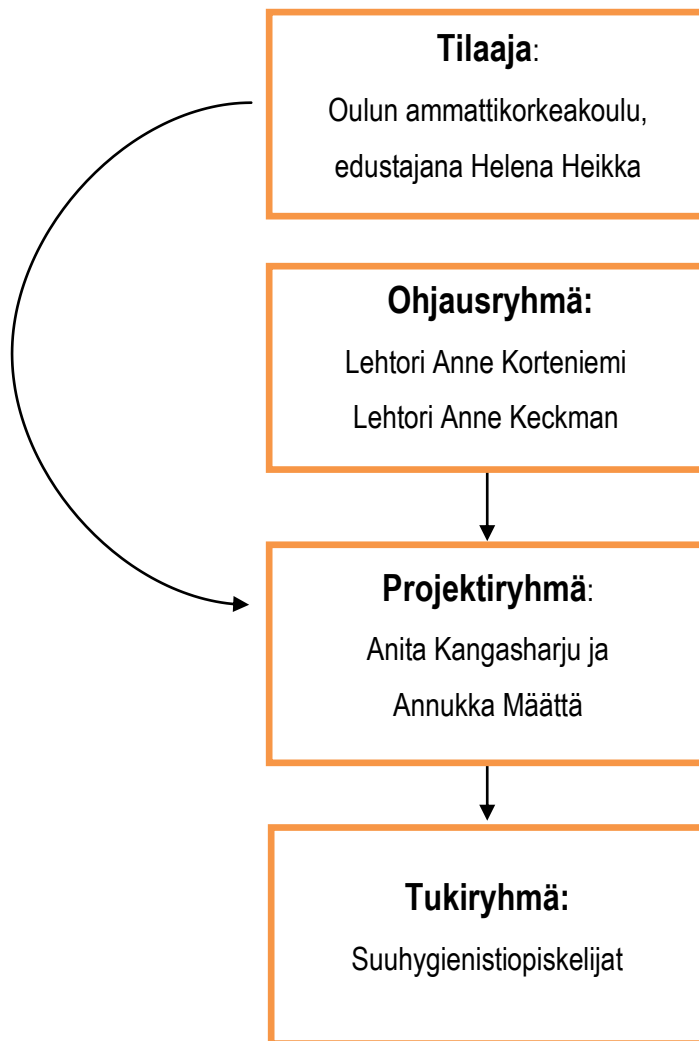
Jaoinme laatutavoitteemme neljään osaan; asiantuntijuuteen, videomateriaalin sisältöön ja opetusmenetelmään (Taulukko 1). Halusimme pitää laadun hyvänä kautta koko projektin, mutta painostaa erityisesti projektimme tuotoksen, eli videomateriaalin laatuun. Halusimme antaa kaikille videomateriaalin katsojille mahdollisimman hiotun ja laadukkaan esityksen, joka jää mieleen ja antaa työkaluja tulevaisuuden työtä varten.

TAULUKKO 1. Projektin laatutavoitteet.

Laatutavoite	Laatutavoitteen kriteerit
1. Asiantuntijuus	Käytetään uusinta tietoa ja oikeita termejä
2. Videomateriaalin sisältö	Laadukas kuva ja ääni, järjestelmällinen sisältö, helppo ja ymmärrettävä selostus
3. Opetusmenetelmä	Esittää asian konkreettisesti

2.2 Projektin organisaatio ja vaiheet

Projektiorganisaatio koostui neljästä eri ryhmästä: tilaajasta, ohjausryhmästä, projektiryhmästä sekä tukiryhmästä (Kuvio 1). Tilaajana toimi Oulun ammattikorkeakoulu, jonka kanssa teimme yhteistyösopimuksen ja videomateriaalin käyttöoikeussopimuksen. Oulun ammattikorkeakoulua edusti Helena Heikka, joka antoi palautetta videomateriaalin käsikirjoituksen sisältöön. Ohjausryhmäämme kuuluivat lehtorit Anne Korteniemi ja Anne Keckman. He ohjasivat ja valvoivat opinnäytetyömme edistymistä, laatua, antoivat ehdotuksia ja palautetta työn muokkaukseen, ja hyväksyivät opinnäytetyön lopullisen kirjallisen muodon. Projektiryhmään kuuluimme me varsinaiset opinnäytetyön tekijät Anita Kangasharju ja Annukka Määttä. Tuotimme projektimme sisällön eli tässä tapauksessa videomateriaalin terveydenhoitajaopiskelijoille. Tukiryhmämme muodostui muista suuhygienistiopiskelijoista.



KUVIO 1. Projektioorganisaatio.

Opinnäytetyömme ensimmäinen vaihe oli ideoiminen, joka alkoi keväällä 2015. Valitsimme aiheeksemme materiaalin tuottamisen terveydenhoitajaopiskelijoille lapsen suun terveydentilan arvioinnin tekemisestä. Kävimme keskustelemassa aiheen valinnasta Helena Heikan kanssa, joka oli ilmoittanut aiheen Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminta – pankkiin, ja saimme luvan aloittaa projektin suunnittelun. Tuolloin Heikka esitti, että opinnäytetyömme projekti voisi olla live-koulutustilaisuuden järjestäminen terveydenhoitajaopiskelijoille, ja tuolta pohjalta lähdimme etenemään kohti tietoperustan ja projektisuunnitelman tekoa.

Toinen projektimme vaiheista oli aiheeseen perehtyminen, joka alkoi tietoperustan laatimisella syksyllä 2015. Samaan aikaan päällekkäin käynnistyi myös projektimme suunnitteluvaihe, jossa työstimme projektisuunnitelmaamme. Näistä kahdesta projektisuunnitelma valmistui ensin. Aikataulumme venyi siten, että esittelimme projektisuunnitelmamme muulle ryhmälle loppukevällä 2016 tietoperustan ollessa vielä kesken. Viivytyks suunnitelman esittämisessä ja tietoperustan

kokoamisessa johtui suunnitelmien muutoksesta, sillä vaihdoimme alkuperäisen live-koulutustilaisuus -idean videomateriaalin tekemiseen mm. riskienhallintaan liittyvistä syistä. Lisäksi huomasimme puutteita myös videomateriaalin käsikirjoituksessa, joka oli sekin tärkeä osa projektimme suunnitteluvaihetta. Näin ollen projektin suunnitteluvaihe jatkui vielä syksyille 2016 työstäessämme vielä kuvakäsikirjoitusta. Kuvakäsikirjoitus saatiin valmiiksi lokakuussa 2016, jolloin saimme myös suunnitteluvaiheen kokonaisuudessaan päätökseen. Suunnitelmien muutoksista johtuen myös osa projektin aiheeseen perehtymisestä tehtiin vielä syksyn 2016 puolella, sillä alkuperäinen live-koulutusta varten koostamamme tietoperusta ei ollut viitekehykseltään riittävän laaja tulevaa videomateriaaliamme ajatellen. Edellisten lisäksi projektin toteutusvaihe jäi kokonaisuudessaan syksyille 2016, kuten myös osa projektin päättämisvaiheesta. Toteutuksessamme eli videomateriaalin kuvaamisessa ja editoimisessa käytimme suunnitteluvaiheessa tekemäämme videomateriaalin käsikirjoitusta, joka oli oikeastaan eräänlainen elinehto koko videon tekemiselle – ilman huolellista käsikirjoituksen tekemistä videon kuvaaminen ja koostaminen ei olisi yksinkertaisesti onnistunut. Projektimme päättämisvaihe eli opinnäytetyöraportin kirjoittaminen aloitettiin kesällä 2016 ja se valmistui marraskuussa 2016. Alla olevassa taulukossa on kiitettyä koko opinnäytetyöprojektin aikataulus.

TAULUKKO 2. Projektin aikataulus.

Ideoiminen	Kevät 2015
Aiheeseen perehtyminen	Syksy 2015 – syksy 2016
Suunnittelu	Syksy 2015 – syksy 2016
Projektin toteutus	Syksy 2016
Projektin päättäminen	Kesä 2016 – syksy 2016

3 TERVEYDENHOITAJA LAPSEN SUUN TERVEYDENTILAN ARVIOIJANA LASTENNEUVOLASSA

3.1 Toimenkuva ja koulutus

Terveydenhoitajan ammattikunnan alkujuuret ulottuvat aina 1900-luvun alkuun, jolloin Suomen väkiluku kasvoi nopeasti, vaikkakin väestön asuinolot olivat vielä heikot ja tuberkuloosin kuoli joka neljäs lapsi. Tuolloin ruvettiin kiinnittämään huomiota ihmisten ja ympäristön hyvinvointiin, mikä johti terveyssisaren ammattikunnan syntyyn. Lääketieteen ja terveydenhuollon kehittymisen johdosta tartuntatauteja, erityisesti tuberkuloosia, ruvettiin vastustamaan: lääkäreitä, sairaanhoitajia ja diakonissoja koulutettiin ja lastensuojeluyhdistys Maitopisara perusti kansalaisille neuvontasemia. (Haarala ym. 2015, 8–9.)

1920-luvulla rantautuivat ehkäisevän terveydenhuollon aatteet Suomeen ja perustettiin Suomen ensimmäinen lastenneuvola. Vuonna 1924 Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja ruotsinkielinen Samfundet Folkhälsan i Svenska Finland käynnistivät terveyssisaren koulutuksen. Terveys sisaren toimikuvaan kuului valistuksen antaminen sekä avun tarjoaminen väestölle tautien torjumiseksi ja niiden leviämisen ehkäisemiseksi. (Haarala ym., 2015, 9.)

50- ja 60-luvuilla kansanterveystyön rooli vakiintui, ja hyvinvointivaltiota alettiin rakentamaan. 70-luvulla uudistettiin koko terveydenhuoltojärjestelmä, jolloin terveyssisaren ammattinimike vaihtui terveydenhoitajaan. 90-luvulla Suomea koetteli lama-aika, mikä näkyi mm. korkeana työttömyytenä ja terveyseroina. Myös tupakointi, epäterveelliset ruokailutottumukset, vähäinen liikunta ja mielenterveysongelmat asettivat haasteensa. 2000-luvulla terveydenhoitajan ammattia määrittävät edelleen suomalaisen väestön tarpeet ja yhteiskunnalliset haasteet. (Haarala ym., 2015, 11–14.)

Terveydenhoitaja on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ammattilainen. Terveydenhoitajat työskentelevät monenlaisissa toimintaympäristöissä – esimerkiksi terveyskeskuksissa, oppilaitoksissa, työterveysasemilla, itsenäisinä yrittäjinä, kotihoidossa sekä asiantuntijatehtävissä erilaisissa työryhmissä ja työyhteisöissä. Asiakaskunta koostuu perhettä suunnittelevista, raskaana olevista, vastasyntyneistä, lapsista, nuorista, työikäisistä ja ikääntyneistä sekä heidän perheistään.

sä. Terveystieteiden toimenkuva on monipuolinen, sillä työ sisältää mm. vastaanottotoimintaa, kotikäyntejä, yksilö- ja ryhmäohjauksia, terveystarkastuksia ja seulontatutkimuksia sekä puhelin- ja nettimeuvontaa. (Haarala ym. 2015, 17.)

Terveystieteilijät koulutetaan ammattikorkeakouluissa. Tutkinnon laajuus on 240 opintopistettä eli kyseessä on nelivuotinen koulutusohjelma. Tutkinto on kaksoistutkinto, joka koostuu sairaanhoitaja- ja terveystieteilijätutkinnoista. Terveystieteilijän ammattiopintojen osuus kestää vähintään vuoden ja on 60 opintopistettä laajuudeltaan. Valmistuneella terveystieteilijällä on siis todistus sekä terveystieteilijän että sairaanhoitajan tutkinnoista. (Haarala ym. 2015, 21.)

Koulutus sisältää hoitotyön opintoja, jotka syvenevät ja laajenevat terveystieteilijäopintojen myötä. Harjoittelua tulee opintojen aikana yhteensä 100 opintopistettä sisältäen käytännön läheisen opinnäytetyön, jonka laajuus on 15 opintopistettä. Lisäksi opinnot sisältävät kieliointoja ja vapaasti valittavia opintoja. (Haarala ym. 2015, 22.) Yksi koulutuksen keskeisistä teemoista on voimavaralähtöisyys, jolla pyritään ylläpitämään yksilöiden, perheiden, työ- ja muiden yhteisöjen, väestön ja ympäristön terveyttä sekä ehkäisemään sairauksia. (Haarala ym. 2015, 20.)

3.2 Suun terveystieteilijän arvio lastenneuvolassa

Terveystieteilijän mukaan kuntien on järjestettävä alueensa raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden sekä alle oppivelvollisuusikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut. Näihin neuvolapalveluihin sisältyy mm. sikiön ja äidin terveyden seurantaa, vanhemmuuden ja koko perheen tukemista, elintapojen terveellisuuden edistämistä sekä erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen tunnistamista. Alle vuoden ikäisen lapsen kasvua ja kehitystä on seurattava lastenneuvolassa keskimäärin kuukauden välein ja sen jälkeen vuosittain tai yksilöllisen tarpeen mukaisesti. (Terveystieteilijälaki 1326/2010 15 §.)

Lastenneuvolassa seurataan lapsen kasvua ja kehitystä aina lapsen syntymästä kouluikänsä asti. Lapselle tehdään määräaikaistarkastuksia, joista suurimman osan tekee terveystieteilijä ja osan lääkäri. Lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana terveystieteilijä tapaa lapsen ja tämän perheen minimissään kymmenen kertaa. Yhteensä lapselle tulee neuvolakäyntejä noin kuusitoista, joista vähintään viisi tehdään yhteistyössä lääkärin kanssa ja lisäksi yksi jo odotusaikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 6.10.2015.) Terveystieteilijällä on keskeinen rooli lastenneuvo-

lassa, sillä hän vastaa terveyden edistämisestä ja toimii perhehoitotyön asiantuntijana. Terveystenhoitajalla tulee olla tietoutta toimialueensa väestöstä ja perheiden tilanteesta, mikä tekee hänestä myös tärkeän yhteisöllisen toimijan.

Terveystenhoitajan tehtävänä on seurata ja tukea lapsen hyvinvointia, kasvua ja kehitystä. Käytännössä tämä tapahtuu erilaisten seulontatutkimusten, rokotusten, neuvonnan ja kotikäyntien avulla. Terveystenhoitajan tulee myös tunnistaa tilanteet, joissa lapsi tarvitsee jatkotutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä. On myös tärkeää muistaa, ettei terveystenhoitajan rooli lastenneuvolassa ulotu pelkästään kasvavaan lapseen, vaan asiakkaana on koko perhe. (THL 2015, viitattu 1.3.2016.)

Käytämme opinnäytetyössämme terveystenhoitajien tekemästä suun terveystentilan kartoittamisesta, johon kuuluvat suuhun katsominen ja suun terveysteen liittyvä terveystneuvonta, termiä **suun terveystentilan arvio**. Olemme valinneet termin Sosiaali- ja terveystministeriön julkaiseman asetuksen mukaisesti, jossa selvennetään, että vain suun terveystneuvonnan ammattilainen voi tehdä suun terveystarkastuksen, mutta suun terveystentilan arvion voi tehdä myös terveystenhoitaja. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveystneuvonnoista sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveystneuvonnoista 338/2011 5§.)

Edellytykset hyvälle suun terveydelle luodaan jo varhaislapsuudessa. Vaikka suun terveystneuvonnan ammattilaiset tekevätkin lapsille koko ikäluokan kattavia määräaikaistarkastuksia ja tarvittaessa lisätarkastuksia riskipotilaille, on silti tärkeää, että suun terveystä seurataan myös lastenneuvolassa. Siellä terveystenhoitaja näkee lapsia säännöllisesti ja näin ollen hänellä on erittäin hyvät mahdollisuudet antaa myös suun terveystteen liittyvää tietoa koko perheelle. Lisäksi terveystenhoitajan on mahdollista löytää ne lapset, joilla on havaittavissa ongelmia suun terveysten kanssa. Tällä tavoin terveystenhoitaja voi olla osana varmistamassa lapsen suun terveystdelle suotuisaa kehitystä. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2004, viitattu 23.8.2016.)

Terveystenhoitajan tulee tehdä lastenneuvolassa tietyjen määriteltujen määräaikaistarkastuksien yhteydessä myös suun terveystentilan arvioiteja (Liite 1). Näihin arvioiteihin kuuluu ravitsemukseen ja suunhoitotottumuksiin liittyvän neuvonnan lisäksi plakkitilanteen havainnoimista, purenan ja purentavirheiden tunnistamista, puhjenneiden hampaiden määrän tarkkailua sekä kasvojen symmetrian havainnointia. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2004, viitattu 23.8.2016.)

Lapsen ollessa **kuuden kuukauden** ikäinen määräaikaistarkastuksessa tulee ottaa esille kariesta aiheuttavien bakteeritartuntojen estäminen. Käytännössä tämä tarkoittaa sylkikontaminaation välttämistä, eli esimerkiksi vanhempi ei saa käyttää lapsen lusikkaa omassa suussaan ennen lapsen syöttämistä. Toinen hyvä lisäkeino on koko perheen, mutta etenkin äidin, säännöllinen ksylitolin käyttö. Lisäksi kuuden kuukauden määräaikaistarkastuksessa tulee keskustella perheen ruokailutavoista, ruokailurytmistä ja ylipäättään terveellisestä ruokavaliosta. Koska lapsen ensimmäinen hammas puhkeaa keskimäärin seitsemän kuukauden iässä, puhutaan myös hampaiden harjaukseen totuttelemisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 6.10.2015.)

Lapsen ollessa **kahdeksan kuukauden** ikäinen, käydään lastenneuvolassa läpi edelleen samoja terveysneuvonnan teemoja, mitä kuuden kuukauden määräaikaistarkastuksessa. Vuoden ikäisen lapsen määräaikaistarkastukseen kuuluu edelleen samojen terveysneuvonnan teemojen lisäksi myös suuhun katsominen, jolloin lapsen ylähuulta nostetaan ja havainnoidaan mahdollisia plakkipeitteitä hampaistosta. Tämä sama plakin havainnoiminen ylähuulta nostamalla jatkuu myös kaikilla seuraavilla määräaikaistarkastuksilla, jotka ovat lapsen ollessa puolentoista -, 2:n, 3:n, 4:n, 5:n ja 6:n vuoden ikäinen. Mikäli plakkia näkyy hampailla, lapsi ohjataan suun terveydenhuollon puolelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 23.5.2016.)

Puolentoista vuoden iässä lapselta kuuluu katsoa suusta plakin lisäksi myös purenta. Tällöin myös havainnoidaan lapsen hampaiden määrää. Hampaiden määrän tarkastaminen on siksi tärkeää, sillä ensimmäisen maitohampaan tulisi puhjeta suuhun viimeistään tässä iässä. Mikäli hampaita ei ole vielä ollenkaan suussa, ohjataan lapsi suun terveydenhuollon puolelle. Puolitoista vuotiaan lapsen määräaikaistarkastuksen suunterveyteen liittyvät keskustelunaiheet ovat edelleen samoja kuin aikaisemmissakin määräaikaistarkastuksissa (eli kariestartunnan ehkäisy, hampaiden harjaus, ruokailutavat, ruokailurytmi sekä terveellinen ruokavalio). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 23.5.2016.)

Kaksivuotiaan lapsen määräaikaistarkastuksessa keskustellaan aikaisempien suunterveyteen liittyvien aihealueiden lisäksi myös fluorihammastahnan ja ksylitolin käytöstä perheessä. Myös naposteluasian puheeksi ottaminen on ajankohtaista. Tutin käyttö tulisi lopettaa viimeistään kahden vuoden iässä purentavirheiden kehittymisen ehkäisemiseksi. Plakkia havainnoidaan edelleen suusta nostamalla ylähuulta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 23.5.2016.)

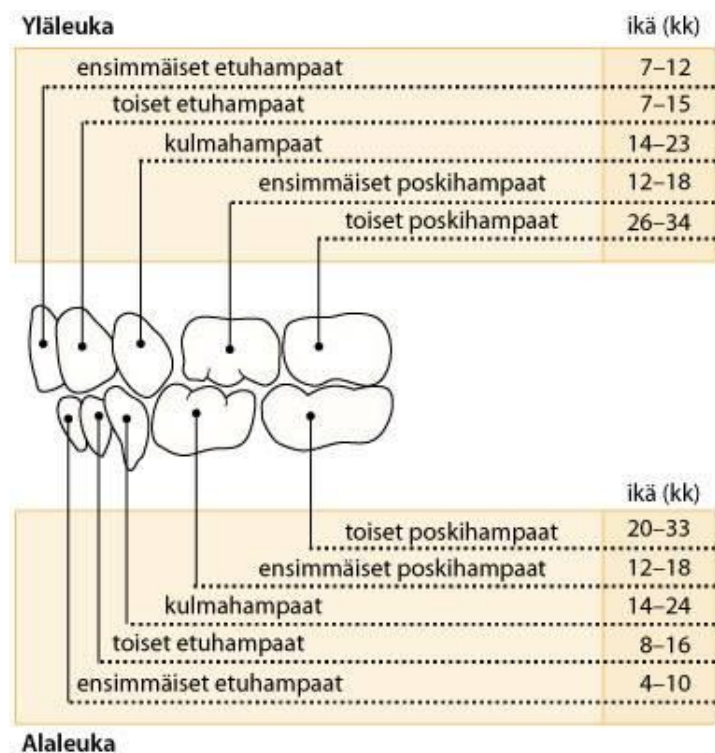
Kolmevuotialta lapselta katsotaan plakin lisäksi myös kasvojen symmetriaa. Havaitut asymmetriat voivat kertoa esimerkiksi purentavirheestä, minkä vuoksi on tärkeää ohjata lapsi hammashoitolaan. Terveysneuvonnan teemat suunterveydestä pysyvät edelleen samoina. Lisäksi mahdollisesta tutin käytöstä on hyvä kysyä vielä tässäkin iässä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 23.5.2016.)

4-, 5-, ja 6-vuotiaiden määräraikaistarkastuksissa havainnoidaan ylähuulta raottamalla mahdolliset plakkipeitteet, seurataan kasvojen symmetristä kehitystä ja puhutaan edelleen ravitsemukseen liittyvistä asioista sekä fluorihammastahnan ja ksylitolin käytöstä. 6-vuotias lapsi tulee ohjata suun terveydenhuoltoon, mikäli hän ei ole siellä vielä aikaisemmin käynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 23.5.2016.)

4 LAPSEN SUUN TERVEYS

4.1 Hampaiden puhkeaminen

Hampaiston kehitys jaetaan neljään eri vaiheeseen: maitohammasvaiheeseen, 1. ja 2. vaihdunta-vaiheeseen sekä pysyvän hampaiston vaiheeseen. Maitohampaisto on suussa keskimäärin noin seitsemän kuukauden iästä kuuteen ikävuoteen asti. Maitohampaistoon ei kuulu välihampaita ja yleensä kolmeen ikävuoteen mennessä kaikki 20 maitohammasta ovat puhjenneet (Kuvio 2). Maitohampaat puhkeavat siten, että usein alaetuhampaat (1. ja 2. hampaat) puhkeavat ensimmäiseksi, yläetuhampaat hieman sen jälkeen tai samoihin aikoihin. Seuraavaksi puhkeavat ensimmäiset poskihampaat (4.hampaat), jonka jälkeen kulmahampaat (3.hampaat) ja viimeisenä toiset poskihampaat (5.hampaat). Hampaiden puhkeamiseen liittyy usein ikenen arkuutta ja turvotusta, ja ikenissä voi myös ilmetä sinertäviä hematoomaläiskiä eli verenpurkauksia. Maitohampaiston puhkeamiseen saattaa liittyä vauvoilla myös levottomuutta ja ruokahaluttomuutta sekä syljen erityksen lisääntymistä. (Hurmerinta & Nyström 2014, viitattu 8.2.2016.)



KUVIO 2. Maitohampaiden puhkeamisjärjestys (Honkala 2015, viitattu 26.10.2016.)

Pysyvä hammas sulattaa eli resorboi puhjetessaan maitohampaan juuren, minkä jälkeen juureton maitohammas irttaa ja pysyvän hampaan kruunu tulee esille. Ensimmäisen vaihduntavaiheen aikana, joka kestää kuusivuotiaasta n. kahdeksanvuotiaaksi asti, vaihtuvat etuhampaat ja lisäksi toisten maitoposkihampaiden taakse puhkeavat ensimmäiset pysyvät molaarit (6.hampaat). Noin kymmenen vuoden iässä alkaa toinen vaihduntavaihe, jolloin loput maitohampaat korvautuvat pysyvillä kulmahampailla ja premolaareilla (3., 4. ja 5.hampaat). Lisäksi ensimmäisten pysyvien molaarien taakse puhkeavat toiset molaarit (7.hampaat). Tämä vaihduntavaihe kestää suunnilleen pari vuotta ja sen jälkeen hampaita on 28. Viisaudenhampaat puhkeavat toisten molaarien taakse 18-ikävuodesta alkaen, minkä seurauksena hampaisto on valmis ja sisältää kaikkiaan 32 hammasta. (Hurmerinta & Nyström 2014, viitattu 29.11.2015.)

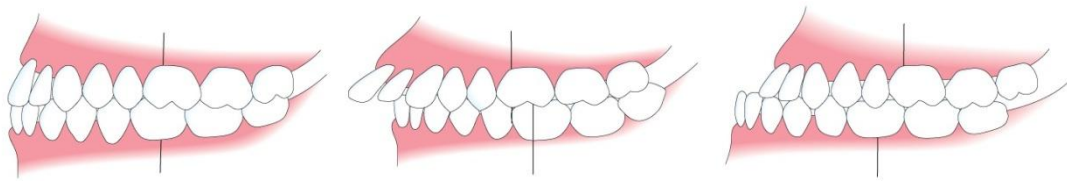
Lasten hampaiston kehitystä seurataan käyttäen kehitysnormeja ja seulontarajoja poikkeamien havaitsemiseksi. Hampaiston kehityksessä rajapyykit määräytyvät siten, että ensimmäisen maitohampaan tulisi olla suussa 13kk iässä, viimeisen maitohampaan tulisi olla 3-vuotiaana suussa, ensimmäisten pysyvien molaarien (kuutosten) tulisi olla 8-vuotiaana suussa, keskimmaisten ylä- etuhampaiden tulisi olla puhjenneina 8 vuoden iässä ja pysyvien yläkulmahampaiden tulisi olla palpoitavissa (tunnusteltavissa ikenen läpi) 9 vuoden iässä. (Pirinen 2014, viitattu 30.11.2015.)

4.2 Purentavirheet ja niiden tunnistaminen

Hampaat muodostavat puhjettuaan ylähammaskaaren ja alahammaskaaren. Purenta kuvaa näiden kaarten keskinäistä suhdetta. (Hurmerinta & Nyström 2014, viitattu 29.11.2015.) Maitohampaiston hammaskaaret ovat puoliympyrän muotoiset ja mielellään aukkoiset niin etu- kuin kulmahammasalueeltakin. Pysyvien hampaiden puhjetessa hammaskaaret kasvavat leveyttä ja hampaiden kaltevuus muuttuu niin, että maitohampaita suuremmat pysyvät hampaat mahtuvat puhkeamaan kunnolla. Hammaskaaret ovat saavuttaneet lopullisen leveysmittansa lapsen ollessa suunnilleen 14-vuoden ikäinen. (Pirinen 2013, viitattu 30.11.2015.)

Purentavirheenä pidetään sellaista poikkeamaa normaalipurennasta, joka haittaa pureskelua, äänteiden muodostamista tai ulkonäköä. Purentavirhe ei aina tarkoita sitä, että oikomishoidot olisivat välttämättömiä, sillä nykyisin ihannepurenta on harvinainen ja esimerkiksi suomalaisista nuorista n. 60% löytyy jokin purentavirhe. Purentavirheet luokitellaan kolmeen osaan: I-, II- ja III-luokan purentavirheisiin (Kuvio 3). I-luokan purentavirhe kuvastaa ylä- ja alahammaskaaren nor-

maalia suhdetta, eli normaalia purentaa. II-luokan purentavirheessä (distaalipurenta) alahammaskaari on normaalia taaempänä yläkaareen nähden, kun taas III-luokan purentavirheessä (mesiaalipurenta) alahammaskaari on normaalia edempänä yläkaareen nähden. Maitohampaiston purentavirheet ovat harvinaisempia kuin pysyvän hampaiston purentavirheet. Tavallisimmat maitohampaiston purentavirheet ovat I-luokan purentavirheitä, joihin liittyy avopurenta tai ristipurenta. (Pirinen 2013, viitattu 3.12.2015.)



KUVIO 3. Purentavirheet, vasemmalta oikealle: I-luokan, II-luokan ja III-luokan purentavirhe. (Therapia Odontologica 2014, viitattu 6.11.2016.)

Avopurenta (Kuvio 4) tarkoittaa purentaa, jossa alahammaskaari ja ylähammaskaari eivät ole kontaktissa keskenään ja hampaita yhteen purtaessa ylä- ja alahampaiden väliin jää vertikaalinen aukko. Avopurentaa voi esiintyä niin hampaiston etu- kuin sivualueellakin. (Kleemola-Kujala 2014, viitattu 3.12.2015.) Ristipurennessa (Kuvio 5) ylähammaskaaren hampaat purevat alahampaiden sisäpuolelle (normaalipurennessa ylähampaat purevat aina alahampaiden ulkopuolelle). Ristipurenta tulisi korjata aina mahdollisimman varhain, koska hoitamattomana se saattaa aiheuttaa leukojen tai alveoliluun vinoon kasvua. (Hurmerinta & Virolainen 2014, viitattu 3.12.2015.) Syväpurenta (Kuvio 6) tarkoittaa sitä, että yläetuhampaat peittävät hampaita yhteen purtaessa huomattavan osan alaetuhampaista. Erittäin syvissä purennoissa alaetuhampaat purevat suulaen pehmeisiin kudoksiin yläetuhampaiden taakse, tai sitten yläetuhampaat saattavat purra alahampaiden eteen ikeneen. Syväpurenta kannattaa hoidattaa kasvukauden aikana, jolloin luustollista kasvua voidaan ohjata, samoin kuin hampaiden kasvua tiettyyn asentoon. (Kleemola-Kujala 2014, viitattu 3.12.2015.)



KUVIO 4. Avopurenta. (Therapia Odontologica 2014, viitattu 6.11.2016.)



KUVIO 5. Sivualueen ristipurenta. (Therapia Odontologica 2014, viitattu 6.11.2016.)



KUVIO 6. Syväpurenta. (Therapia 2014, viitattu 6.11.2016.)

Purenttävien maitohampaistossa viittaavat usein siihen suuntaan, että jokin tai jotkin tekijät vaikuttavat hampaiston kehitykseen epäsuotuisasti. Joskus purentavirheelle on löydettävissä välitön syy – esimerkiksi tutti voi aiheuttaa avopurentaa. Tällöin purentaan pystytään vaikuttamaan poistamalla syyn aiheuttaja, jolloin varsinaisia oikomistoimenpiteitä ei välttämättä tarvita. Maitohampaistossa ja 1.vaihduntavaiheen aikana on syytä ottaa huomioon sellaiset poikkeamat purennassa, jotka estävät tai vääristävät leukojen alueen normaalia kasvua. (Pietilä, Pirttiniemi & Varrela 2007, 9–10, viitattu 10.2.2016.)

On tärkeää, että mahdolliset purentavirheet huomataan ajoissa. Koska terveydenhoitaja on terveydenhuollon ammattilainen jota lapsiperheet ja lapset näkevät usein esimerkiksi neuvolan yhteydessä, on hänellä hyvät mahdollisuudet huomata ajoissa lapsen mahdolliset ongelmat hampaistossa. Suomessa oikomishoitoja tehtiin paljon aina vuoteen 1994 asti, jonka jälkeen hoitojen määrä on ollut laskussa. 6–17-vuotiaita lapsia oli terveyskeskuksen järjestämän oikomishoidon piirissä vuonna 2009 12,6 %. Laskelmien mukaan neljäsosalla lapsista on selkeä oikomishoidon tarve, ja on huomattu, että varhaishoito vähentää selvästi oikomishoidon tarvetta 8–12 ikävuoden välillä. (Mäkinen, Nyman & Sundström-Lehto, 2014, viitattu 11.8.2016.)

4.3 Hampaiden harjaus ja fluorihammastahnan käyttö

Hampaat tulee harjata kahdesti päivässä (aamuin ja illoin) fluorihammastahnalla – tämä on tärkeää hampaiden ja ikenien terveyden ylläpitämiseksi. Harjan tulee olla mahdollisimman pehmeä, pienikokoinen sekä harjaspinnaltaan tasainen, olipa se manuaalinen- tai sähköhammasharja. Pienellä edestakaisella liikkeellä ja järjestelmällisesti edeten saa bakteeripeitteen tehokkaasti poistetuksi. Harjasta on hyvä ottaa kevyt kynäote, jolloin harjaus on mahdollisimman hellävaraista eikä näin ollen vahingoita ienkudosta. Pahimmassa tapauksessa liian kova harjaustekniikka aiheuttaa ikenen vetäytymisen ja hampaan kaulan paljastumisen, minkä seurauksena saattaa ilmetä hampaiden vihlomista. Harjaus kannattaa aloittaa vaikeimmin puhdistettavista kohdista, kuten esimerkiksi takahampaiden sisäpinnoilta, ja edetä viimeiseksi mahdollisiin ienvetäymäkohtiin. (Keto & Murtomaa 2014, viitattu 3.12.2015.)

Fluorihammastahnan käytön tiedetään suojaavan hampaita reikiintymiseltä, koska se muodostaa reagoiessaan hampaan pinnalle suojaavan kerroksen. Tämä kerros muodostuu, kun hampaan hydroksiapatiittikiteet muuttuvat vaikealiukoisemmiksi fluoroapatiittikiteiksi. Nämä fluoroapatiittiki-

teet kestävät paremmin alhaisessa pH:ssa. Lisäksi fluori kiihdyttää remineralisaatiota eli hampaan pinnan kovettumista. (Tenovuo 2014, viitattu 27.10.2016.) Fluorihammastahnaa on hyvä alkaa käyttää heti kun hampaiden harjaus aloitetaan ensimmäisen maitohampaan puhjettua. Tulee huomioida, että aikuisten valkaisevat hammastahnat tai hammaskiven muodostusta ehkäisevät tahnat eivät sovellu lapsille. (Toimitus 2014, viitattu 27.10.2016.)

3-vuotiaaksi asti hampaat pestään kahdesti päivässä siten, että toisella harjauskerroista käytetään sipaisu fluorihammastahnaa ja toisella pelkästään vettä. Fluoripitoisuus tahnassa saa 5-vuotiaaksi asti olla 1000–1100 ppm, minkä jälkeen voidaan siirtyä käyttämään aikuisten hammastahnaa, jonka fluoripitoisuus on 1450 ppm. Kolmen ikävuoden jälkeen hampaat kannattaa pestä kaksi kertaa päivässä lapsen pikkusormen kynnen kokoisella fluorihammastahnamäärällä. (Toimitus 2014, viitattu 27.10.2016.) Fluorihammastahan käyttöön liittyvät fluorin käytön suositukset ja varotoimet. Liiallisesta fluorinkäytöstä voi seurata fluoroosi, jonka seurauksena hampaisiin tulee vaaleita läikkiä ja hammas voi muuttua hauraammaksi. Lisäksi tulisi huomioida juomaveden mahdollinen korkea fluoripitoisuus, jota käytännössä esiintyy esim. Kymenlaakson alueella ja osassa Varsinais-Suomea. (Tenovuo 2014, viitattu 27.10.2016.) Lisäfluorin käyttö on tarpeellista vain silloin, kun hampaiden reikiintymisriski on todettu suureksi (Suomen Hammaslääkäriliitto 2016, viitattu 27.10.2016). Kahdesti päivässä fluorihammastahnalla hampaansa harjaavien alle 6-vuotiaiden ei tarvitse käyttää omahoitona muita fluorivalmisteita (Toimitus 2014, viitattu 27.10.2016).

4.4 Ruokavalio ja ksylitolin käyttö

Kariesta eli reikiintymistä aiheuttavat mikrobit käyttävät fermentoituvia hiilihydraatteja, joita ovat sakkaroosi, glukoosi, fruktoosi, maltoosi, laktoosi ja sorbitoli. Normaali ruokavalio sisältää aina fermentoituvia hiilihydraatteja. Hammasystävälliset vaihtoehdot ovat ksylitoli, maltitoli sekä keino-tekoiset makeuttajat, esimerkiksi aspartaami. Yksistään sokeri ei vaikuta hampaiden karioitumiseen vaan siihen vaikuttavat myös muut tekijät, kuten ruoan viipymä suussa, vaikutus syljen erityykseen, ruoan happamuus, käyttötapa ja -tiheys, sekä ravinnon hampaita suojelevat ainesosat. (Tenovuo 2014, viitattu 9.12.2015.) Ruokavalio, joka on hyväksi hampaille, nautitaan siis säännöllisellä ateriarhythmillä, ja siinä vältetään turhaa napostelua sekä liian sokerisia tai happamia tuotteita. Erityisesti lasten tulee välttää päivittäistä makeisten napostelua. (Suomen Hammaslääkäriliitto

2016, viitattu 11.8.2016.) Säännöllinen ateriaritmi toteutuu, kun päivässä syödään 4–6 kertaa 3–4 tunnin välein (THL 2016, viitattu 16.10.2016).

Ksylitolia tulisi käyttää päivittäin 5 grammaa, jotta sen käytöllä olisi terveydellistä hyötyä. Se nopeuttaa ruokailun jälkeen suun pH:n neutralisointia, sillä reikiintymistä aiheuttavat bakteerit eivät pysty käyttämään ksylitolia ravintonaan. Näin ksylitolin säännöllinen käyttö estää hampaiden reikiintymistä. Ksylitolin käyttöä suositellaan kaikille, mutta erityisesti lapsille, joiden pysyvät hampaat eivät ole vielä puhjenneet tai ovat puhkeamassa. Ksylitolin käyttö kannattaa aloittaa pienillä annoksilla sen laksatiivisten ominaisuuksien vuoksi – pienellä lapsella runsas ksylitolin käyttö saattaa aiheuttaa vatsavaivoja ja löysää vatsaa. Suositeltavaa on, että käyttö olisi 1 g ksylitolia kerta-annoksena vähintään kolme kertaa päivässä aterioiden jälkeen. (Toimitus 2014, viitattu 10.2.2016.) Myös vanhempien ksylitolin käyttö on kannattavaa ja suositeltavaa, koska sen on todettu vähentävän kariesbakteerin mahdollisuutta tarttua vanhemmalta lapselle (THL 2009, viitattu 26.9.2016).

4.5 Suun bakteerit ja karies

Ihmisen suu on altis erilaisille mikrobi-infektioille, sillä se on suoraan yhteydessä ympäröivään maailmaan ja ilmatilaan. Esimerkiksi hengitysilman ja käsien kautta suuhun pääsee bakteereja, viruksia ja sieniä. Näiden tarttuminen ja kasvu suun pinnoilla on helppoa suun lämpimän ja kosteiden olosuhteiden sekä jatkuvan ravinnon saannin ansiosta. Suun bakteerien normaalifloora kehittyy lapselle heti kun maitohampaat ovat puhjenneet. Kaiken kaikkiaan tutkimuksilla on voitu todeta terveen aikuisen sylkinäytteestä 3621 bakteeria ja hampaan pinnan bakteerinäytteestä jopa 6888 eri bakteerilajia. (Nylund, Pussinen & Uitto 2012, viitattu 23.8.2016.)

Karies on mikrobisairaus, jonka prosessin useimmiten aloittavat mutans-streptokokit. Laktobasillit ovat toinen kariesta aiheuttava mikrobiryhmä, joka nimenomaan edistää karieksen etenemistä. Mutans -tartunta saadaan varhaislapsuudessa pian ensimmäisten maitohampaiden puhkeamisen jälkeen, mutta harvoin ennen ensimmäistä ikävuotta – yleensä 1,5–2,5-vuotiaana. (Tenovuori 2014, viitattu 10.2.2016.) Useimmiten mutans-tartunnan saa omalta äidiltään esimerkiksi saman lusikan käyttämisestä (sylkikontakti), minkä vuoksi äidin informoiminen kariekseen liittyen on erittäin tärkeää (Alaluusua 2014, viitattu 10.2.2016). Tähän viittaa myös 2015 tehty tutkimus (Helsingin yliopisto), jonka mukaan lähes 40% tutkimuksen otannan äideistä pussaili lastaan suoraan

suulle mahdollistaen näin bakteerien siirtymisen äidiltä lapselle. Tutkimuksen mukaan äidit, jotka pussailivat lasta suoraan suulle, käyttivät myös useammin lapsen lusikkaa omassa suussaan. (Virtanen, Vehkalahti K. & Vehkalahti M. 2015, viitattu 27.10.2016.)

Kariesbakteerin aiheuttamaan hampaiden reikiintymiseen liittyvät termit demineralisaatio ja remineralisaatio. Demineralisaatio tarkoittaa hampaanpinnan pehmentymistä eli happohyökkäystä, joka on seurausta ruuan tai juoman (lukuun ottamatta vettä) nauttimisesta. Tällaisessa tilanteessa kariesbakteerit käyttävät ruuan/juoman sokereita hyväkseen ja muodostavat hampaan pinnan kiillettä liuottavia happoja. Remineralisaatio tarkoittaa hampaan pinnan kovettumista, joka yleensä tapahtuu ruokailun jälkeen automaattisesti syljen puskurikapasiteetin sekä syljen kalsiumin ja fosfaatin avulla. Jos happohyökkäyksiä kuitenkin on tiheään päivän aikana, ei hampaan pinta ehdi korjaantua ja kovettua demineralisaatioprosessien välillä, jolloin hampaan pinta vaurioituu. Ajan kuluessa vaurio voi syventyä ja näin hampaaseen syntyy reikä, ellei demineralisaatioprosessia pysäytetä. (Tenovuo 2014, viitattu 27.10.2016.)

Jos suussa on otolliset olosuhteet, saattaa mutan-streptokokki jäädä osaksi bakteeriflooraa. Suuri sokerinsaanti on yhteydessä karioitumiseen, jolloin lapsen ruokavalio ja juomistottumukset tulee ottaa huomioon. (Alaluusua 2014, viitattu 10.2.2016.) Jos lapsi nauttii tuttipullostakin usein sokeria sisältäviä juomia, kuten mehuja tai kaakaota, reikiintyvät maitohampaat helposti, jolloin tilannetta kutsutaan mehupullokarieksi. Tällaisessa tilanteessa hampaat, joihin juoma osuu ensin (eli yleensä yläetuhampaat) karioituvat ensimmäiseksi, ja myöhemmin reikiintyminen etenee takahampaisiin. Alaetuhampaat karioituvat vasta viimeiseksi, sillä sylki ja kieli suojaavat niitä. Karioituminen etenee maitohampaistossa nopeammin kuin pysyvässä hampaistossa. (Alapulli 2016, viitattu 16.10.2016.)

Mikrobit tarttuvat syljen mukana maitohampaistosta pysyvään hampaistoon, jolloin sillä, kuinka vahvan mutans-streptokokkitartunnan on saanut varhaislapsuudessaan, on suuri merkitys tulevaisuutta ajatellen. Tartunnan jälkeen mutans-streptokokit pysyvät suussa niin kauan kuin hampaatkin ja parhaiten varhaislapsuuden tartuntaa voi hidastaa tai koittaa estää ksylitolin, huolellisen suuhygienian ja klooriheksidiinin avulla. Mutans-streptokokkien määrää suussa lisäävät voimakas mutans-bakteeri -infektio lapsuudessa, runsaat retentiokohdat, oikomislaitteet, osittain puhjenneet viisaudenhampaat, runsas sokerinkäyttö sekä huonot suuhygieniatavat. (Tenovuo 2014, viitattu 10.2.2016.)

4.6 Imetys, tuttipullon ja tutin käyttö

Imetys on lapsen ravinnonsaannin kannalta ensisijainen ruokintamuoto. 4–6 kuukautta on suositeltu aika täysimetykselle, minkä jälkeen imetystä tulisi jatkaa muun ruokinnan ohella siihen asti, kunnes lapsi on noin vuoden ikäinen. Imettäminen ei itsessään aiheuta lapsen hampaiden reikiintymistä, vaikka jatkuisikin pitkään. Sen sijaan reikiintymistä aiheuttavat pitkittynyt imetys ja muiden sokeristen tuotteiden yhtäaikaisten käyttö, erityisesti silloin jos lapsen fluorin saannista ei ole huolehdittu. Purentaan imetys voi vaikuttaa positiivisesti, sillä tutkimusten mukaan vähäinen rinta-ruokinta saattaa aiheuttaa ristipurentaa tai distaalipurentaa. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2016, viitattu 16.10.2016.)

Mikäli imetys ei jostakin syystä onnistu, voidaan lapsen ruokinnassa käyttää tuttipulloa. Tuttipullon käyttö tutin lisäksi auttaa vastaamaan lapsen imemistarpeeseen ja toimii myös rintaruokinnan korvaajana. Tuttipullostani olisi hyvä luopua lapsen ollessa n. vuoden ikäinen, jolloin lapsi alkaa totuttelemaan normaaliin ruokailurytmiin yösyöntien jäädessä pois. Pullon käyttäminen lapsen nukuttamisen yhteydessä tulisi myös lopettaa ja sen avulla pyritään vähentämään mehupullonkäytöstä. (THL 2009, viitattu 26.9.2016.) Tuttipullo on aiemmin korvattu joko nokkamukilla, tai tavalisella mukilla, mutta nykyisin nokkamukin käyttöä ei enää suositella. Se aktivoi suun lihaksia väärällä tavalla, vaikuttaa kielteisesti lapsen syömistaitojen kehittymiseen ja saattaa pahimmillaan aiheuttaa avopurentavirheen. (Koski 2016, viitattu 26.9.2016.)

Tutti on hyvä keino pienen lapsen imemistarpeiden tyydyttämiseen. Kaikki lapset eivät huoli eivätkä tarvitse tuttia, joten tuttia ei varsinaisesti kannata lapselle tyrkyttää. Sen käyttö on kuitenkin suositeltavampaa kuin esimerkiksi sormien imeminen, koska tutista vieroittautuminen on helpompaa. Erilaisista tuttivaihtoehdoista kannattaa valita anatominen tutti, joka ehkäisee purentavirheiden syntymistä. (THL 2009, viitattu 26.9.2016.) Tutin käyttöä olisi hyvä alkaa vähentämään 6–8 kuukauden iässä ja kokonaan käytöstä olisi luovuttava viimeistään kahden vuoden iässä, sillä pitkään jatkunut tutin käyttö on este hampaiden luonnolliselle kehitykselle (Hurmerinta & Nyström 2014, viitattu 26.9.2016). Pitkään jatkunut tutin käyttö voi aiheuttaa lapselle risti- tai avopurennan (Haapanen 2014, viitattu 26.9.2016). Lisäksi pitkään jatkunut tutin imeminen ja yöllinen tuttipullon käyttö lisäävät myös lasten kariesriskiä. Erityisen haitallista on tutin imeminen, joka kestää yli 2-vuotiaaksi saakka. (Ollila, 2010, 44.)

5 VIDEO OPPIMATERIAALINA

Video on hyvä väline tiedottamiseen, opettamiseen, markkinoimiseen ja viihdyttämiseen sen tunteisiin ja järkeen vaikuttavien ominaisuuksiensa, elävän kuvan ja äänen, ansiosta. Oikealla suuntauksella voidaan vaikuttaa niin suureen massaan kuin pieneen rajattuun kohderyhmään. Videon muokattavuus ja sen helppo levitettävyyys eri muodoissa, kuten DVD-levynä tai verkossa, tekevät siitä joustavan työvälineen. (Aaltonen 2002, 16.)

Video on hyvä väline asioiden havainnollistamiseen, ja siksi sitä voidaan käyttää oppimateriaalina. Koska video on luonteeltaan lineaarinen, eli se on katsottava aina alusta loppuun, kannattaa liian pitkien videoleikkeiden käyttöä välttää. Hyvä oppimateriaalina käytettävä video on havainnollistava, vakuuttava ja se synnyttää mielikuvia katsojissaan. Kuvan ja äänen avulla voidaan kertoa paljon asioita lyhyessä ajassa. (Keränen & Penttinen 2007, 197-198.) Pitkä video saattaa uuvuttaa ja kyllästyttää, mikäli sen sisällössä ei ole mitään poikkeavan erikoista ja mielenkiintoista (Luukkonen J. 2000).

Ohjelman tavoitteet voidaan jakaa kolmeen eri tasoon, joita ovat tiedolliset, asenteisiin liittyvät ja ihmisen käyttäytymistä koskevat tavoitteet. Tietojen välittäminen on näistä kolmesta tasosta helpoin ja vaikeampia tasoja ovat asenteisiin liittyvät sekä käyttäytymiseen vaikuttavat tasot. Videolle voidaan asettaa useita eri tavoitteita, mutta liian useat tavoitteet voivat tehdä ohjelmasta liian hajanaisen. Tilaa ja käsikirjoittajan tulee myös miettiä tarkkaan, onko video-ohjelma tai muu multimedia juuri se oikea väline tavoitteen saavuttamiseksi. (Aaltonen 2002, 16.)

Tarkalla kohderyhmän rajauksella saavutetaan varmimmin asetettu päämäärä. Liian suuri kohderyhmä vaikeuttaa ohjelman sisällön tuottamista kohderyhmälle sopivaksi. Tämä ongelma vältetään, kun kohderyhmä on määritelty huolellisesti. Kohderyhmä voi olla kooltaan suppea tai laaja. Suppea yleisö voi olla organisaation sisäinen, eli tarkoitettu esimerkiksi työntekijöille tai johdolle. Laaja yleisö tarkoittaa esimerkiksi organisaation ulkoisia ryhmiä, kuten asiakkaita ja rahoittajia. Kohderyhmä voidaan määritellä esimerkiksi ikäjakauman, sukupuolen ja ammattiryhmän perusteella. Lisäksi on syytä pohtia, mitä tietoa kohderyhmällä on aiheesta jo entuudestaan, ja mitkä ovat heidän asenteensa aihetta kohtaan. (Aaltonen 2002, 17.)

Video-ohjelmien ja multimedian käyttöikä ei ole pitkä. Esittelyvideon käyttöikä on noin pari vuotta ja opetusohjelman ikä noin muutaman vuoden tätä pidempi. Tämän jälkeen materiaali on vanhentunutta, kun organisaatiot ja toimintatavat vaihtuvat ja esimerkiksi vaatemuoti muuttuu. Ohjelman ikää voi pidentää kuvausajankohtaan viittaavien yksityiskohtien karsimisella ja muoti-ilmaisujen välttämällä selostuksessa. (Aaltonen 2002, 19.)

Ohjelman oikea pituus vaihtelee ohjelman sisällön, muodon, käyttötarkoituksen ja tavoitteiden mukaan. Kun ohjelma tuntuu kokonaiselta, eheältä teokselta eikä siihen voi lisätä mitään tai ottaa pois, ohjelma on oikean mittainen. Tämä voi tarkoittaa muutaman kymmenen sekunnin mainospalaa tai kymmenen minuutin yritysesittelyä. Voidaan yleistää, että mitä pidempi ohjelma on, sitä hankalampaa on myös käsikirjoittaminen. Pitkä ohjelman kesto vaatii käsikirjoittajaltaan taitavuutta, jotta katsojan mielenkiinto pysyy yllä. Jo kymmeneen minuuttiin mahtuu uskomattoman paljon asiaa. Mitä lyhyemmin ja ytimekkäämmin onnistutaan esittämään ohjelman asia, sitä parempi. Toisaalta ohjelma voi olla myös liian lyhyt, esimerkiksi fiktiiviset tarinat vaativat enemmän aikaa tullakseen kerrotuksi. (Aaltonen 2002, 20.)

Ohjelman tekeminen on kolmivaiheinen prosessi. Ensin on ideointivaihe, jossa tekijällä on ohjelmasta idea, jokin tietty lähtökohta tai visio mielessään. Tämän pohjalta lähdetään kirjoittamaan käsikirjoitusta. Käsikirjoituksen pohjalta voidaan siirtyä kuvausvaiheeseen, jossa käsikirjoituksen pohjalta tuotetaan yksittäisiä kohtauksia. Viimeisessä vaiheessa, joka on editointivaihe, tuotetaan näistä yksittäisistä kohtauksista yksi suuri kokonaisuus. (Aaltonen 2002, 14.) Käsikirjoitus on edellytys hyvälle ohjelmalle – se on kuin kivijalka, jolle myöhempi tuotanto rakennetaan. Käsikirjoituksella voidaan rajata ohjelman sisältöä ja luoda siihen toimivaa rakennetta. Sekä sisällön että rakenteen tulisi olla valmiiksi mietittyjä ennen kuvausvaihetta. Lisäksi käsikirjoitusta tehtäessä määritellään kuvaukseen vaadittavat kalustot, kuvauspaikat, rekvisiitat jne.. Ennakkosuunnittelumisen avulla sekä kuvaus- että editointivaiheet sujuvat nopeammin. (Aaltonen 2002, 13.)

Käsikirjoitus sisältää kaiken sen, mitä lopullisessa ohjelmassa tullaan näkemään ja kuulemaan. Hyvä käsikirjoitus sisältää vain ohjelman kannalta oleelliset asiat, eli se on selkeä ja pelkistetty. (Keränen, Lamberg & Penttinen 2003, 28.) Käsikirjoituksesta tehdään yleensä useita eri versioita. Myös ohjelman suunnitellut käytötavat vaikuttavat käsikirjoitukseen – esitetäänkö ohjelmaa kotona televisiosta vai luokahuoneessa oppitunnilla? Käsikirjoitus ei ole itsenäinen kaunokirjallinen tuote, eikä sillä ole taiteellista tai ilmaisullista itseisarvoa. Hyvän käsikirjoituksen arvo ja laatu näkyvät vain suhteessa valmiiseen ohjelmaan. Opetusohjelmia suunniteltaessa täytyy miettiä

ohjelman asemaa opetuskokonaisuudessa. Ohjelma voi sisältää itsessään kaiken materiaalin tai sitten se voi toimia osana kokonaisuutta. Myös se, katsotaanko ohjelma yhdessä vai yksin, sekä kuinka monta kertaa ohjelma nähdään, vaikuttavat käsikirjoitukseen. (Aaltonen 2002, 11–13, 19.)

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

6.1 Suunnittelu

Opinnäytetyöprojektimme ensimmäinen päävaihe oli ideoiminen. Aloitimme keväällä 2015 pohtimaan opinnäytetyömme aihetta ja lopullinen aihe saatiin valittua kevään lopulla. Päädyimme valitsemaan aiheeksemme lapsen suun terveydentilan arvioinnin tekemisen lastenneuvolassa. Olimme rajanneet aiheen päälinjat ja miettinyt pääpiirteisesti tulevan projektin lopputuloksen sisältöä ja opinnäytetyön aikataulutusta. Alkuperäinen idea oli tehdä live-koulutustilaisuus terveydenhoitajaopiskelijoille aiheestamme.

Ideoimisen jälkeen syksyllä 2015 perehdyimme opinnäytetyön tietoperustaan ja viitekehykseen. Samalla käynnistyi myös suunnitteluvaihe, jossa työstimme projektisuunnitelmaa. Projektisuunnitelmaa tehdessämme muutimme alkuperäistä suunnitelmaamme, ja live-koulutustilaisuuden sijasta päätimmekin tehdä videomateriaalin. Syy toteuttamismuodon vaihdokseen olivat live-koulutuksen suuret riskit. Pelkäsimme, että live-koulutuksen aikana ilmenisi tietoteknisiä ongelmia, jolloin koko koulutus saattaisi epäonnistua. Meidän täytyi ajatella toteuttamismuotoa myös kuvauksissa käytettävän esimerkkilapsen kannalta – live-koulutustilaisuudesta olisi saattanut tulla pienelle lapselle liian stressaava ja pelottava kokemus. Koimme kuitenkin, että terveydenhoitajaopiskelijoiden kannalta havainnollistavin tapa kertoa lapsen suun terveydentilan arvion tekemisestä olisi liikkuva kuva. Päädyimme tuolloin videomateriaalin tuottamiseen. Videokuvalla saisimme esitettyä suuhun katsomisen niin, ettei sen toimintavaiheista mikään jäisi epäselväksi. Videototeutusta puolsi myös ajatus siitä, että se jäisi opetuskäyttöön Oulun ammattikorkeakoululle DVD-muodossa, jolloin se saavuttaisi suuremman katsojamäärän verrattuna kertaluontoisesti toteutettavaan live-koulutustilaisuuteen.

Teimme päätöksen videomateriaalin tuottamisesta keväällä 2016 ja aloimme työstämään käsikirjoitusta. Ensimmäinen versio käsikirjoituksesta luonnosteltiin raakaversiona paperille. Versiosta kävi ilmi kohtausten lukumäärät, niiden sisältö kuvakulmineen sekä lyhyt selostus ja piirustus jokaisesta kohtauksesta. Ensimmäisen käsikirjoituksen versiossa oli yhteensä kahdeksan ruutua. Mietimme näiden ruutujen kuvakulmat siten, että ne vaihtelisivat ja olisivat katsojalle miellyttäviä. Tässä vaiheessa videomateriaalin käsitteli ainoastaan lapsen suun tutkimista, joten ruutujen si-

sältö oli suunniteltu tämän ajatuksen pohjalta. Mietimme videon sisältöä nimenomaan terveydenhoitajaopiskelijoiden näkökulmasta – mitä terveydenhoitajaopiskelijat haluaisivat videomateriaalissa nähdä. Pohdimme myös videon taustaselostuksen mahdollisuutta. Olimme alun perin suunnitelleet, että videomateriaalissa olisi kertoja, joka selostaisi videokameralle videomateriaalin tapahtumien kulun.

Vielä alkukeväästä 2016 olimme toiveikkaita, että ehtisimme videoida loppukeväästä materiaaliimme, mutta aikataulutuksemme ei ollut tuolloin realistinen. Keväällä 2016 saimme kuitenkin valmiiksi projektisuunnitelman, jonka esittelimme työpajatunnilla muille luokkalaisillemme. Samoihin aikoihin palautimme myös ensimmäisen version videomateriaaliimme käsikirjoituksesta ohjaajallemme Anne Korteniemelle sekä tilaajan edustajalle Helena Heikalle saadaksemme palautetta käsikirjoituksen sisällöstä. Koostamamme ensimmäinen versio käsikirjoituksesta koki melko mittavan muodonmuutoksen tämän saadun palautteen perusteella kesän ja syksyn 2016 aikana. Alun perin emme olleet ottamassa suun terveydentilan arvion tekemiseen liittyvää terveysterveysta ollenkaan mukaan videolle, vaan videon oli alun perin tarkoitus keskittyä pelkästään lapsen suusta katsottavien asioiden havainnollistamiseen. Saadun palautteen perusteella päädyimme kuitenkin lisäämään terveysterveysta osuuden videomateriaaliimme, mikä teki videosta paljon hyödyllisemmän terveydenhoitajaopiskelijoille. Heikan mukaan videomateriaalista olisi tullut ilman terveysterveysta osuutta liian suppea eikä se olisi soveltunut tämän vuoksi kahden opiskelijan opinnäytetyöprojektiksi. Heikka oli myös sitä mieltä, että terveysterveysta on yhtä tärkeä osa suun terveydentilan arvion tekemistä kuin lapsen suun tutkiminenkin. Terveysterveysta aiheet olivat hampaiden puhkeaminen, hampaiden harjaus, fluorihammastahnan käyttö, ravinto, ksylitol, Streptococcus mutans -tartunta, lasten maitohammaskaries, tutti ja tuttipullo. Edellä mainitut aiheet valittiin ohjaajalta ja tilaajan edustajalta saadun palautteen perusteella.

Terveysterveysta on tärkeä osa suun terveydentilan arvion tekemistä, jolloin sen ottaminen mukaan videolle oli loogista ja teki videomateriaalista myös ehjemmän kokonaisuuden. Tämä päätös kuitenkin laajensi viitekehystämme ja jouduimme syksyllä 2016 laajentamaan vielä tietoperustaamme. Lisäsimme lapsen suun terveyteen liittyvistä tekijöistä tietoa ja lisäksi kirjoitimme video oppimateriaalina -osion uusiksi.

Jo keväällä 2016 meille oli selvää, että tulevasta syksystä tulisi kiireinen. Opinnäytetyömme varsinainen toteutus, videointi, oli vielä tuolloin tekemättä ja käsikirjoitus oli vielä korjattavana. Lisäksi tietoperustan laajennukset teetättivät lisää töitä. Lokakuussa 2016 saimme hyväksynnän käsi-

kirjoitukselle ohjaajaltamme Anne Korteniemeltä ja tilaajamme edustajalta Helena Heikalta. Tämän jälkeen äidinkielenopettaja Marja Kuure tarkisti käsikirjoituksen kieliopin, minkä jälkeen teimme viimeiset korjaukset. Käsikirjoituksen valmistuttua varasimme OAMK:n videokameran välittömästi käyttöömme heti seuraavalle viikolle. Videokameran varaus mahdollisti kuvausajankohdan sopimisen kuvattavien henkilöiden kanssa ja saimme sovittua 4-vuotiaan tytön ja hänen huoltajansa kanssa kuvauspäivän ajankohdan.

6.2 Kuvaus, editointi ja viimeistely

Videomateriaalin toteutus alkoi videokameran ja jalustan hankkimisella, ja kuvausajankohdan sopimisella. Ennen varsinaista kuvauspäivää otimme kuvituskuvia erilaisista herkuista ja huonoista välipaloista järjestelmäkameralla. Järjestelmäkamera oli toisen opinnäytetyön tekijän oma. Lisäksi videokuvasimme tutteja, hammastahnoja, hammasharjoja sekä ksylitolituotteita koulun videokameralla. Kuvauksemme toinen osa oli 4-vuotiaan lapsen kohtauksien kuvaaminen, joissa "terveydenhoitaja" tutkii lapsen suun. Terveysdenhoitajaa esitti toinen opinnäytetyön tekijöistä, kun toinen kuvasi videokameralla. Kävimme ennen kuvaamista katsomassa kuvauspaikkaa, jona toimi Oulun ammattikorkeakoulun hammashoitola. Hoitola vaikutti sopivimmalta paikalta kuvaukseen hiljaisen ja rauhallisen sijainnin vuoksi. Lisäksi totesimme, että tilat näyttivät sopivilta kuvaamiseen mm. valaistuksen osalta. Mietimme tarkkaan, mitä välineitä tarvitsisimme kuvauksessa ja millaisen taustan haluaisimme kuvalle. Päädyimme valitsemaan mahdollisimman neutraalin taustan, mattalasisen seinämän. Hankimme myös neutraalin värisen tuolin 4-vuotiaalle, ja tuoliksi valikoitui tavallinen vihreä tuoli koulumme aulasta. Kuvauksessa käytimme myös tavallisia hoitolan suojakäsineitä (sinivihreät), ja "terveydenhoitajalla" oli oma tuoli. Lisäksi hankimme etukäteen terveydenhoitajien opettajalta spaatteleita ja erillisen pienen kynälampun. Kohtausta varten mietimme mm. "terveydenhoitajan" vaatetusta, ja päädyimme tumman siniseen työpaitaan, joka on väriltään suhteellisen neutraali ja luottamusta herättävä. Ajattelimme myös, että samanlainen paita voisi olla terveydenhoitajalla päällä omassa työssään. 4-vuotias kuvauskohde oli erittäin reipas ja luonteeltaan iloinen, ja kuvaukset onnistuivat kerralla hyvin. Emme saaneet kuvattua lapsen suuta niin läheltä kuin olisimme halunneet, koska videokamera ei mahdollistanut kuvan tarkentamista lähietäisyydeltä kuvattuna. Olimme kuitenkin muuten erittäin tyytyväisiä lapsen kanssa kuvattuun videokuvamateriaaliin.

Seuraavana päivänä kuvauksesta olimme yhteyksissä lehtori Risto Järvenpään ja sovimme hänen kanssaan tapaamisen koulun musiikkiluokkaan. Musiikkiluokassa oli editoimiseen tarkoitettu tietokone, jossa olivat kaikki tarvittavat ohjelmat videon muokkaamista varten. Editoimiseen käytimme Pinnacle Studio -ohjelman versiota 14. Järvenpää neuvoi meille ohjelman käytön ja jäimme editoimaan videota loppupäiväksi. Ohjelman käyttö oli suhteellisen helppoa. Huomasimme kuitenkin, ettei videokuvamme riittänyt käsikirjoituksen asettamaan pituuteen, joka olisi ollut 15 minuuttia. 15:n minuutin videomateriaali olisi ollut muutenkin liian pitkä motivoivaksi opetusmateriaaliksi. Kysyimme neuvoa Järvenpäältä, joka antoi meille paljon käytännön vinkkejä toimivasta videosta. Järvenpää kertoi, että videon kerronnassa tulee käyttää pääsääntöisesti toteavia päälauseita ja sivulauseiden käyttöä tulee välttää. Lisäksi kaikki videossa kerrottu on totta, joten sitä vahvistamaan ei tarvita pönkittäviä esimerkkitapauksia. Sovimme Anne Korteniemen kanssa ”häätäkokouksen” käsikirjoituksen pituudesta. Tämän kokouksen pohjalta lyhensimme Korteniemen luvalla käsikirjoitustamme (Liite 2). Saimme käsikirjoituksen pituuden puolitettua, jolloin videon lopulliseksi pituudeksi tuli noin 8 minuuttia. Tämä pituus sopi paremmin opetuskäyttöön tulevalle videomateriaalille.

Käsikirjoituksen muokkaamisen jälkeen jatkoimme editointia. Emme kuitenkaan olleet edelleenkaan tyytyväisiä videon visuaaliseen ilmeeseen, joka oli varsin sekava yhdistelmä liikkuvaa videokuvaa ja ”still” -kuvituskuvia. Teimme nopean päätöksen lisäkuvauksista. Lisäkuvaukset mahdollistivat myös erillisen ääniraidan tekemisen videomateriaalille, jolloin kameralla kuvattua kertojan selostusta ei tarvittaisi. Tällöin videomateriaalin ääni ja selostus olisi paljon laadukkaampi. Lisäksi olimme juuri nähneet opinnäytetyöprojektina tehdyn videon, jossa oli erillinen taustaselostus. Erillinen taustaselostus toimi videossa mielestämme erittäin hyvin ja halusimme hyödyntää ideaa myös omassa videomateriaalissamme.

Ensimmäinen lisäkuvaus tehtiin jo saman päivän aikana Kontinkankaan hyvinvointikeskuksessa. Saimme idean neuvolatilojen kuvaamiseen miettiessämme, millaista kuvaa televisio-ohjelmissa nähdään kertojan selostuksen taustalla. Kysyimme luvan kuvaamiseen hyvinvointikeskuksen vartijan välityksellä. Sovimme, ettei kuvassa näkyisi henkilöstöä tai hyvinvointikeskuksen asiakkaita. Kuvauksen jälkeen menimme takaisin koululle editoimaan. Olimme tyytyväisiä saatuun videokuvamateriaaliin, jonka lisäsimme videon alkuun kuvitukseksi kertojan selostukselle. Huomasimme kuitenkin, että videokuva ei edelleenkaan riittänyt koko videon pituudelle siten, että lopputulos olisi näyttänyt loogiselta – kuva ja kertojan selostus eivät toimineet yhdessä. Saimme viime hetken idean kysyä toisen opinnäytetyön tekijän sukulaislasta lisäkuvauksiin seuraavalle

päivälle. Onneksemme kuvaus sopi lapsen huoltajalle niinkin lyhyellä varoitusaajalla. Kuvauspai-
kaksi sovittiin kuvattavan lapsen oma koti, jotta järjestelyt olisivat mahdollisimman helpot kuvaus-
kohteelle.

Seuraavana päivänä kävimme Järvenpään toimistolla kertomassa editoinnin etenemisestä ja
lisäkuvauksista. Järvenpää piti aikatauluamme kunnianhimoisena, mutta suostui kuitenkin neu-
vomaan meille äänityslaitteiden toiminnan pyynnöstämme. Olimme ajatelleet, että äänittäisimme
kertojan ääniraidan vielä saman illan aikana. Lähdimme koululta kuvaamaan viimeistä lisäku-
vaustamme. Kuvasimme reilu 1-vuotiaan lapsen kotona hänen ruokailuaan, ksylitolipastillien
syömistä, hampaiden harjaamista ja muutenkin lapsen leikkimistä ja touhuilua. Kuvaukset onnis-
tuivat muuten hyvin, mutta ilmeisesti videokameran akussa oli jotain vikaa ja kuva tallentui todella
tummana. Tämä harmitti meitä suuresti, mutta emme osanneet säätää kameran valotusta itse
eikä meillä enää jälkepäin ollut aikaa kuvata uudestaan näitä kohtauksia. Tämän vuoksi lopulli-
sessa videomateriaalissa on paikoitellen tummaa videokuvaa.

Toisen lisäkuvauksen jälkeen lähdimme editoimaan videomateriaalin loppuun ammattikorkeakou-
lulle ja saimme työstettyä koko videon kuvaosuuden loppuun asti. Olimme aikaisemmin miettineet
millainen värimaailma videoon tulisi, mutta huomasimme, ettei lopullisessa videossa värien käyttö
ollut edes tarpeellista. Pinnacle Studio -editointiohjelma kaatui todella helposti, minkä vuoksi Jär-
venpää ohjeisti meitä käyttämään kaikista yksinkertaisimpia efektejä esim. häivytyksen suhteen.
Myös tekstiotsikot tehtiin tämän vuokasi kaikista yksinkertaisimmalla tyylillä, jotta ohjelma jaksaisi
pyörittää tiedostoa. Valitsimme aina otsikoiden taustaväriksi perinteisen mustan, sillä Järvenpää
suositteli sitä meille. Mustalla taustalla otsikot lukivat valkoisella värillä ja Ariel -fontilla. Näin video
näytti pelkistetyiltä, mutta toimivalta. Isot otsikot on hyvä kirjoittaa esim. Arielin tyylisellä groteskil-
la kirjasintyyppillä, koska kirjaimet ovat tällöin tasavälisiä. Lisäksi pelkkien isojen kirjaimien käyttöä
tulisi välttää, koska se tekee tekstistä vaikealukuisen. Pienemmät tekstit, joita tuli muutama itse
videokuvan keskelle, kirjoitettiin Times New Roman -fontilla. Times New Roman on antiikva -
kirjasin eli vaihtuvavälinen fontti. Tällainen vaihtuvavälinen kirjaisin on helpompilukuinen pidempi-
nä määrinä. Käytimme vain kahta fonttia videomateriaalisamme, koska silloin kokonaisuus pysyi
selkeänä. (Keränen, Lamberg & Penttinen 2003, 57–58.)

Olisimme myös äänittäneet kertojan selostuksen saman illan aikana, mutta sattumoisin musiikki-
luokan yläpuolella olevassa liikuntasalissa oli samaan aikaan ilmeisesti koripalloharjoitukset
käynnissä, jolloin äänittäminen epäonnistui jatkuvien keskeytyksien vuoksi. Äänittäminen olisi

vaatinut onnistuakseen täysin hiljaisen ympäristön. Äänittäminen tapahtuikin reilu viikko myöhemmin Järvenpään ohjeistuksella, samoin kuin videomateriaalin viimeistely.

Lopullinen videomateriaali alkaa videon otsikoinnilla, jossa lukee videomateriaalin nimi: "Lapsen suun terveydentilan arvio". Tämän jälkeen kertoja johdattelee videon aiheeseen ja taustalla näkyy kuvituskuva Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen neuvolan sisätiloista. Ensimmäinen teema videossa on hampaiden puhkeaminen, jota havainnollistamaan käytettiin maitohampaiden puhkeamistaulukkokuva. Kuva on Therapia Odontologicasta, ja sen käyttöön on pyydetty kustantajan lupa. Toinen teema on hampaiden harjaus ja fluorihammastahna. Taustalla reilun 1-vuotiaan lapsen hampaita pestään ja lisäsimme myös ruudulle tekstinä näkyviin fluorihammastahnan käytön suositukset lapsilla. Kolmas teema on ravinto, jonka taustalla reilu 1-vuotias lapsi ruokailee. Neljäs teema on ksylitolin käyttö, jossa taustalla samainen lapsi leikkii ksylitolipastillipakkauksella ja lopuksi syö puolikkaan ksylitolipastillin. Lisäsimme tähän kohtaan videota myös tekstin, jossa ilmenee ksylitolinkäyttösuositukset. Viides teema on karies, jonka taustalle lisäsimme kuvituskuva lapsesta leikkimässä ja touhuilemassa. Ruudun lopuksi näkyy kuva mehupullokariksen vaurioittamista hampaista, ja kyseinen kuva on myös otettu Therapia Odontologicasta. Kuvan käyttöön on pyydetty lupa. Viimeisenä terveysneuvonnan teemana käsittelemme tutin ja tuttipullon käyttöä. Videolla lapsi imee tuttia ja ruudun lopussa näkyy kuva avopurenna. Kuva avopurenna on otettu myös Therapia Odontologicasta ja sen käyttöön on pyydetty lupa. Terveysneuvonnan jälkeen videolla esitellään lapsen suuhun katsominen, jonka teemoja ovat kasvojen tutkiminen, ylähuulen nostaminen plakin havainnoimiseksi, limakalvojen, kielen ja kielijänteen tutkiminen, hampaiden lukumäärän tarkistaminen sekä karieksen havainnoiminen. Näiden teemojen jälkeen videolla on kokoava lopetus-ruutu, jossa on kuvituskuva molemmista esimerkkilapsista. Viimeiseksi videolla tulevat lopputekstit. Läpi videon taustamusiikkina kuuluu sama kappale, jossa on teemaan sopivaa ukulele-musiikkia. Tämä musiikki on ladattu internetistä tekijänoikeusvapaalta sivustolta.

6.3 Tekijänoikeudet

Suomessa tekijänoikeuksista säädetään Tekijänoikeuslaissa 404/1961. Luovan työn tuloksena syntynyt uusi teos on tekijänsä omaisuutta. Niin kirjalliset tuotokset kuin veistokset, maalaukset tai vaikkapa sävellykset ja elokuvat ovat teoksia, jotka ovat tekijänoikeuslain suojaamia. (Kerä-

nen, Lamberg & Penttinen 2005, 18.) Myös opetuksessa käytettävissä oppimateriaaleissa on otettava huomioon tekijänoikeuteen liittyvät asiat. Oppilaitoksissa tapahtuva opetustilanne on julkinen esitystilanne, jolloin se edellyttää tekijältä saatua lupaa. (Keränen & Penttinen 2007, 150.)

Teimme Oulun ammattikorkeakoulun kanssa sopimuksen tuottamamme videomateriaalin käyttöoikeuksista. Sopimuksemme mukaan Oulun ammattikorkeakoulu saa käyttää videomateriaalia osana opetusta. Videota saa kopioida ja jakaa koulun sisäisesti, mutta sen sisällön muokkaaminen on kiellettyä ilman tekijöiden lupaa. Videota ei saa näyttää tai markkinoida koulun ulkopuolisille tahoille.

Käyttöoikeuksien lisäksi teimme kuvaussopimuksen kaikkien kuvauksissa näkyvien osapuolten kanssa. Kuvasimme Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen lisäksi kahdessa eri tilanteessa: ensin 4-vuotiaan lapsen kanssa koulun hoitolassa ja sen jälkeen reilun vuoden ikäisen lapsen kanssa kotonaan. Näitä molempia kuvauksia varten teimme erilliset kuvaussopimukset (Liitteet 3 ja 4). Kuvaussopimuksen sisällöstä käyvät ilmi opinnäytetyön tekijät, kuvauskohde ja -kohteen huoltaja sekä kuvaaja. Kuvaussopimuksessa on myös ilmoitettu sopimuksen taustatietoina opinnäytetyön ohjaajat sekä kuvausajankohta. Sopimukseen on kirjattu kuvauksen sopimusehdot eli videomateriaalin tekijänoikeudet sekä kuvauskohteen oikeudet. Viimeiseksi kuvaussopimuksessa on kaikkien osapuolten allekirjoitukset. Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen sisätilojen kuvaamista varten saimme suullisen luvan vartijan välityksellä. Sovimme, ettei kuvassa näy henkilöstöä tai asiakkaita.

Videomateriaali jäi Oulun ammattikorkeakoulun käyttöön DVD-R poltetussa muodossa. Näitä DVD-R levyjä poltimme koululle kaksi kappaletta, joita koulu saa halutessaan kopioida. Meille tekijöille videomateriaali jäi mP4-muotoon.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin päätyttyä videomateriaalimme luovutettiin Oulun ammattikorkeakoulun edustaja Helena Heikalle. Videomateriaalin sisältö on pitkälti Helena Heikan ja Anne Korteniemen määrittelemää, mutta otimme myös lehtori Risto Järvenpään näkemykset toimivasta videosta huomioon. Keväällä 2016 valmistunut projektisuunnitelmamme toimii projektin arvioinnin lähtökohtana. Projektisuunnitelmassamme olimme asettaneet tavoitteeksi laadukkaan ja selkeän opetusvideon tuottamisen terveydenhoitajaopiskelijoille. Aikataulutavoitteenamme oli saada opinnäytetyö valmiiksi syksyllä 2016. Pääsimme tavoitteeseemme, vaikka aikataulutuksen meinasikin pettää ja videon sisältöön tuli useita muutoksia.

7.1 Videomateriaalin arviointi

Saimme tuotteemme eli videomateriaalin sisällöstä paljon palautetta eri henkilöiltä. Näitä henkilöitä olivat tilaajan edustaja Helena Heikka ja opinnäytetyömme ohjaaja Anne Korteniemi. Lisäksi projektin toteutusvaiheessa saimme lehtori Risto Järvenpäältä neuvoja millainen on hyvä videomateriaali. Tämän pohjalta lyhensimme Anne Korteniemen luvalla käsikirjoitustamme. Alkuperäinen käsikirjoitus ei olisi toiminut video-oppimateriaalina, sillä se oli aivan liian pitkä ja aiheutti ongelman visuaaliselle toteuttamiselle. Opinnäytetyömme ohjaajan Anne Keckmanin ehdotuksesta pyysimme keväällä 2016 käsikirjoituksesta palautetta myös kahdelta terveydenhoitajaopiskelijalta ja kahdelta terveydenhoitajaopiskelijoiden opettajalta. Kukaan heistä ei kuitenkaan ehtinyt kommentoimaan käsikirjoitusta tai antamaan palautetta. Koska kesä on opetuksetonta aikaa korkeakouluissa, ei palautteen kysyminen enää tuolloin ollut mahdollista, ja syksyllä oli aika edetä projektin muihin vaiheisiin jolloin palautetta ei enää ehtinyt kysyä. Opinnäytetyön ohjaajan ja tilaajan edustajan palautteiden perusteella käsikirjoituksemme koki useita muutoksia. Nämä muutokset laajensivat tietoperustamme viitekehystä, jolloin jouduimme tekemään useita lisäyksiä tietoperustaan projektimme aikana.

Laatutavoitteinamme olivat asiantuntijuus, videon sisältö ja koulutusmenetelmä. Asiantuntijuuteen liittyivät uusimpien tietolähteiden ja oikeiden termien käyttö. Opinnäytetyössämme tietolähteet olivat suurimmaksi osaksi 2010-luvulta, mutta myös vanhempia lähteitä jouduttiin käyttämään erityisesti videointiin liittyvässä tiedonhaussa. Yksi opinnäytetyömme olennaisimpia lähteitä oli

Sosiaali- ja terveysministeriön Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -opas, joka oli vuodelta 2004. Lähteenä se on vanha, mutta kyseisestä oppaasta ei ole tällä hetkellä saatavilla uudempaa versiota. Oikeiden termien löytämiseen käytimme paljon aikaa, sillä ohjaajat halusivat projektimme kielen olevan käyttämiemme lähteiden mukainen. Erityisesti projektissamme käytettävän ”arvio”-termin taustat tutkimme tarkoin. Halusimme käyttää termiä, joka kuvaa parhaiten tilannetta, jossa terveydenhoitajat suorittavat lapsen määräaikaistarkastuksen yhteydessä lapsen suuhun katsomisen ja terveysneuvonnan antamisen.

Videon sisällön laatutavoitteet liittyivät kuvaan ja ääneen, järjestelmälliseen sisältöön sekä helppoon ja ymmärrettävään selostukseen. Nämä tavoitteet toteutuivat mielestämme hyvin. Kuvan laatu oli hyvä lukuun ottamatta viimeistä kuvaussessiota, jossa olimme reilu 1-vuotiaan esimerkilapsemme kotona. Ilmeisesti koulun videokameran akussa oli jotain vikaa ja se aiheutti tumman valotuksen videokuvaan. Olimme tyytyväisiä taustalla pyörivään kappaleeseen, joka mielestämme sopi videomme teemaan. Myös kertojan ääniraitaan olemme tyytyväisiä, ja se toimi paremmin kuin alkuperäinen idea siitä, että kertoja puhuu videokameralle ilman mikrofonia. Näin videosta tuli huomattavasti ammattimaisempi ja laadukkaampi. Kertojan teksti on ymmärrettävää ja etenee loogisesti asiasta toiseen. Käsikirjoituksen muokkaukset tekivät videon kestosta paremman eli lyhyemmän, jolloin se palvelee paremmin opetusmenetelmänä.

Videomateriaalin lopputulos on mielestämme hyvä. Asetimme tiukan aikataulun, jossa pysyimme. Halu valmistua joulukuussa 2016 asetti videon tekemiselle paljon haasteita, sillä opinnäytetyöprosessin alku venyi liian pitkälle. Loppukirimme syksyllä 2016 onnistui mielestämme kuitenkin erittäin mallikkaasti ja saimme todella nopealla aikataululla viimeisteltyä käsikirjoituksen, sekä kuvattua, äänitettyä ja editoitua videomateriaalin sisällön.

Alkuperäinen visiomme videosta sisälsi havainnollistavia kuvia, videokuva eri tuotteista (esimerkiksi hammastahnoista) ja videokuva siitä kuinka lapsen suu tutkitaan. Kuvasimme erilaisia huonoja välipaloja, hammastahnoja, tutteja, tuttipulloja jne., ja kokeilimme editointivaiheessa miltä ne näyttivät videon keskellä. Lopputulos oli todella sekava ja mielestämme huono. Videolla ei ollut selkeää linjaa, vaan esimerkiksi väritys ja tyyli vaihtuivat liian tiheään videon edetessä. Hylkäsimme siis idean valokuvien käyttämisestä ja tämän jälkeen kuvasimmekin lisää videomateriaalia. Tämän uuden videokuvan myötä saimme omasta videomateriaalistamme paljon yhtenäisemmän ja mielekkäämmän katsoa. Alun perin video oli myös liian pitkä, joten teimme raa’an karsinnan käsikirjoituksen teksteihin ja saimme lyhennettyä videon puoleen. Loppujen lopuksi

videosta tuli kaiken kaikkiaan (kuvauksen valotusta lukuun ottamatta) hyvä. Mielestämme oli hyvä idea ottaa esimerkkilapsia kuvauksiin, sillä he liittyvät aiheeseemme. Lisäksi havainnollistavat videot ovat mukavampia katsoa kuin pelkät valokuvat, ja ne kertovat ja opettavat enemmän. Koh-
taukset, joissa lapsen suuta tarkastetaan videon lopussa, onnistuivat erityisen hyvin, vaikka alun perin olisimme halunneet vieläkin tarkempaa kuvaa lapsen suusta. Videolaitteisto ei kuitenkaan soveltunut aivan lähikuvaamiseen, joten jouduimme tyytymään hieman kauempaa otettuun kuvamateriaaliin.

Videomateriaalin valmistuttua halusimme saada palautetta sen sisällöstä ja ulkoasusta videomateriaalin kohderyhmältä. Kysyimme eräältä terveydenhoitajaopiskelijoiden opettajalta, että voisiko hänen oppituntiaan hyödyntää kysymällä teh14sp -ryhmäläisiltä palautetta videomateriaalista. Sovimme ajankohdasta ja varmistimme jo ennakkoon, että luokkatilassa olisi tarvittava välineistö videomateriaalin esittämistä varten. Yhteensä viisi terveydenhoitajaopiskelijaa jäi oppitunnin jälkeen katsomaan videomateriaalin. Pyysimme mielipiteitä kahteen asiaan, jotka olivat videomateriaalin sisältö ja sen ulkoasu koskien kuvaa ja ääntä. Saamamme palaute oli pääosin myönteistä. Videomateriaali sai kiitosta sen selkeydestä, rauhallisesta etenemisestä sekä aiheeseen sopivasta videokuvasta. Saimme odottamaamme kritiikkiä videomateriaalin paikoitellen tummasta kuvasta, sekä lisäksi kritiikkiä paikoitellen hitaasta videon etenemisestä. Saimme seuraavanlaiset palautteet:

Selkeä ja kuuluva ääni. Asioiden looginen järjestys; ensin tietoa hampaista / suun terveydestä, sitten konkreettisesti näytetään miten lapsen suu tutkitaan. Video etenee sopivalla nopeudella. Tärkeää tietoa terveydenhoitajille (suun hoidosta ei ole liian paljon teoriaa / käytännön harjoittelua koulussa).

Kuva tummia kohtia lukuun ottamatta selvä. Selkeä ääni ja kuuluvuus. Sisältö monipuolinen. Oisi voinut olla tarkemmin, miten lapsen hampaat harjataan oikeaoppisesti.

Videon sisältö: oleellista tietoa, eteni luontevasti asiasta toiseen. Videon ulko-muoto: kuvan laatu ja ääni hyvä, välillä äänen voimakkuus vaihteli mutta se ei häirinnyt. Puhe selkeää.

Sisältö monipuolinen ja selkeä. Asiat selitetty ymmärrettävästi. Ei ollut "turhaa" tietoa. Asiat hyvin havainnollistettu. Kuva tumma mutta asianmukainen. Lukijan ääni selkeä.

Hyvin havainnoitu, jää paremmin mieleen kuin ns. luentona. Selkeä ääni. Paljon asiaa, oisko voinut tiivistää esim. hampaiden teoria-kuva ("milloin puhkeaa hampaat"), muutoin etenee sujuvasti. Hyvin näytetään ja selitetään, miten hampaat

tarkistetaan, myös ulkoinen olemus. Osa kuvasta tosiaan hämäriä. Selkeä kuuluva ääni. Miellyttävä seurata. Myönteinen, reipas video.

7.2 Projektityöskentelyn arviointi

Projektityöskentelymme on sujunut läpi projektin teon verkkaisesti, mutta varmasti. Kuten aiemmin jo mainittiin, suunnitelmamme ovat muuttuneet erittäin monta kertaa eikä ongelmilta ole välttytty. Olemme alusta asti sovittaneet projektityön muiden töiden ja koulun oheen, ja päättäneet että molemmat osapuolet tekevät projektissa yhtä paljon töitä. Projektin kannalta suurimmaksi ongelmaksi osoittautui tiukka aikataulu, jossa hyvin suuri osa opinnäytetyön tekemisestä jäi syksylle 2016.

Aikataulutuksen pettäminen johtui suurimmaksi osaksi siitä, että aiheemme muuttui live-koulutustilaisuudesta videomateriaalin tekemiseksi ja että päätimmekin saadun palautteen perusteella lisätä videollemme terveysneuvontaa suunterveyteen liittyen. Tällöin käsikirjoitus ja projektin tietoperusta vaativat huomattavia laajennustöitä. Käsikirjoituksen ja tietoperustan laajennukset etenivät hieman kesän 2016 aikana, mutta johtuen kesätöistä ja opettajien kesälomista ei opinnäytetyö edennyt toivomassamme tahdissa. Myös meidän projektiryhmäläisten eri paikkakunnat vaikeuttivat tilannetta.

Syksyllä 2016 työskentelimme varsin tiukassa aikataulussa haaveenamme valmistua joulukuussa 2016. Olimme tuolloin jo kuitenkin varautuneet siihen, että valmistumisemme voisi lykkääntyä tammikuulle 2017 keskeneräisen opinnäytetyön vuoksi. Halusimme pitää viimeiseen asti kiinni ajatuksestamme valmistua alkuperäisen suunnitelman mukaan, sillä silloin me pystyisimme hyödyntämään jo valmiiksi valittuja opponenttejamme ja Hyvinvointia yhdessä –päivää. Ilmoittauduimme syksyn Hyvinvointia yhdessä –päivään hieman epävarmoin mielin ja kiihdytimme opinnäytetyön tekemisen tahtia entisestään. Lokakuussa saimme vihdoinkin käsikirjoituksen valmiiksi ja käynnistimme kuvaukset välittömästi. Videomateriaalin kuvaukset vaativat meiltä paljon joustavuutta ja improvisointikykyä. Koska alkuperäiset kuvaussuunnitelmat eivät toimineet halutulla tavalla, jouduimme kesken kuvausviikon keksimään jotain uutta kuvattavaa ja muuttamaan videomateriaalin visuaalista ilmettä. Halutessamme olisimme voineet oikaista videon tekemisessä jättämällä videon ensimmäisen version tasolle, mutta tällöin emme olisi itse olleet tyytyväisiä videon lopputulokseen. Projektitiiminä ja tekijöinä halusimme, että videosta tulisi laadukas ja hyvä, vaikka se vaatisi paljon lisää työtä.

Oma yhteistyömme luonnistui alusta alkaen hyvin, sillä olemme koko korkeakouluajan olleet tekemisissä toistemme kanssa. Meillä oli samanlaiset ajatukset ja odotukset opinnäytetyöprojektia kohtaan ja hyvin samanlainen näkemys siitä, millainen projektin lopputulos tulisi olemaan. Meitä kumpaakin kiinnosti alusta alkaen tehdä opinnäytetyö lapsiin liittyen. Olimme molemmat erittäin mukautuvaisia projektin edetessä muuttuvien tilanteiden keskellä ja teimme yhdessä nopeita päätöksiä etenemisen suhteen. 4-vuotias esimerkkilapsi saatiin toisen projektin tekijän kautta, ja reilu 1-vuotias lapsi oli meidän toisen tekijän sukulainen. Molemmat siis osallistuivat aktiivisesti videomateriaalin puitteiden luomiseen.

Ohjaajien kiireiden takia palautteiden saaminen esim. käsikirjoituksesta kesti melko pitkään, mikä hidasti opinnäytetyöprosessin etenemistä. Tapasimme tilaajan edustajan Helena Heikan kanssa kaksi kertaa, jolloin pohdimme käsikirjoituksen ja videomateriaalin sisältöä. Ohjaajamme Anne Korteniemen kanssa kävimme myös kolme kertaa keskustelemassa opinnäytetyöprojektistamme ja näillä kerroilla saimme palautetta, jonka pohjalta muokkasimme opinnäytetyötämme. Syksyllä 2016 saimme varsin nopeaa palautetta ohjaajiltamme mm. meidän kiireisen aikataulun vuoksi. Tämä mahdollisti opinnäytetyön valmistumisen marraskuussa 2016.

Projektityöskentely ja opinnäytetyön kirjoittaminen tapahtui ensisijaisesti meidän kummankin opinnäytetyön tekijän ollessa Oulussa. Sovimme tapaamisia joko koululla tai jommankumman kotona. Kuitenkin, esimerkiksi viikonloppuisin ja opetuksettomien jaksojen aikana, teimme opinnäytetyötä eri paikkakunnilta käsin. Tällöin käytimme työskentelyssämme apuna Google Docs -palvelua, jossa pystyimme työstämään reaaliajassa samaa tekstitiedostoa. Samanaikaisesti käytimme myös Skype -pikaviestintäohjelmaa, jolla pystyimme soittamaan ilmaisia videopuheluita. Tämä järjestely toimi meillä erittäin hyvin, ja opinnäytetyön tekeminen onnistui tarvittaessa nopeaa tahtia.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoite oli laadukkaan ja selkeän videomateriaalin tuottaminen terveydenhoitajaopiskelijoille lapsen suun terveydentilan arvion tekemisestä. Olemme tyytyväisiä siihen, että päätimme toteuttaa projektin nimenomaan videona, koska liikkuva kuva ja ääni mahdollistivat käytännön toimenpiteiden esittämisen. Lopputulos on mielestämme havainnollistava ja sopii opetuskäyttöön.

Opinnäytetyömme aihe oli mielenkiintoinen ja opinnäytetyöprojektista tulee olemaan meille hyötyä työelämässä. Olemme perehtyneet projektin aikana lapsen suun terveyteen liittyviin asioihin perusteellisesti ja oppineet mitä kaikkea videomateriaalin tuottamiseen liittyy. Yllätyimme kuinka paljon suunnittelua ja aikataulujen yhteensovittamista videomateriaalin tuottaminen vaati. Lisäksi se vaati luovuutta ja kykyä mukautua jatkuvasti muuttuviin suunnitelmiin sekä kykyä nopeaan päätöksen tekoon.

Videomateriaalin tuottaminen on haastavaa. Huolimatta huolellisesta valmistautumisesta asiat eivät aina etene toivotulla tavalla. Opinnäytetyöprojektimme olikin suunnittelua suunnittelun perään. Videomateriaalin tuottaminen vaatii visuaalista hahmotuskykyä, jotta lopputuloksesta tulee katsojalle miellyttävä. Olisimme voineet pyytää käsikirjoituksesta jo aikaisemmin palautetta Risto Järvenpäältä, jolloin käsikirjoitus olisi ollut lähtökohdiltaan kuvauskelpoisempi heti ensimmäisestä kuvauspäivästä alkaen.

Tätä videomateriaalia voi käyttää Oulun ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajien opetuksessa tai myös suuhygienistien opetuksessa moniammatillisuuden lisäämiseksi ja kehittämiseksi. Suuhygienistien on hyvä tietää, miten terveydenhoitajien työssä toteutuu käytännössä suun terveyden näkökulma. Voimme suositella videon tekemistä opinnäytetyönä sellaisille opiskelijoille, joilla on kiinnostusta ja halua tehdä käytännönläheinen toiminnallinen opinnäytetyö. Videon tekeminen on aikaa ja hermoja vaativa prosessi, jolloin sen tekijöiltä vaaditaan aivan erityistä sitoutumista työhönsä. Emme voi korostaa liikaa huolellisen suunnittelun merkitystä onnistuneelle lopputulokselle. Jatkuvat suunnitelmien muutokset vaativat stressinsietokykyä, mutta toisaalta videokuvaaminen, editoiminen ja äänittäminen olivat kokemuksina mielenkiintoisia ja palkitsevia.

Opinnäytetyöprojektistamme syntyi kaksi jatkotutkimusideaa. Videomateriaalia tehdessämme pohdimme lisämateriaalin mahdollisuutta, sillä video ei soveltunut parhaimmalla mahdollisella tavalla pitkien teoriaosuuksien esittämiseen. Tästä saimme idean, että terveydenhoitajaopiskelijoiden koulutuksen tueksi voitaisiin tehdä kirjallinen tuotos videomateriaalimme ohelle. Tämä kirjallinen tuotos voisi käsitellä laajemmin ja tarkemmin lapsen suun terveyteen liittyvää terveysterveysta nimenomaan terveydenhoitajien näkökulmasta. Toinen jatkotutkimusideamme liittyi terveydenhoitajien ja suuhygienistien yhteistyön kehittämiseen työelämässä. Kiinnostuimme omaa opinnäytetyöprojektia tehdessämme siitä, kuinka suuhygienistien ja terveydenhoitajien yhteistyö toteutuu työelämässä vai onko yhteistyötä lainkaan? Voisiko näiden kahden ammattikunnan yhteistyötä kehittää vielä jotenkin? Sekä suuhygienistit että terveydenhoitajat toimivat kansanterveydellisesti tärkeässä roolissa. Lasten ja lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia voitaisiin tukea parhaiten moniammatillisella yhteistyöllä.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut: Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Alaluusua, S. 2014. Pikkulasten karies (0-2-vuotiaat). *Therapia Odontologica*. Viitattu 10.2.2016, http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/avaa?p_artikkeli=tod16016&p_haku=karies
- Alapulli, H. 2016. Hampaiden reikiintyminen, hammassärky, hammasperäiset infektiot ja niiden ehkäisy. *Duodecim*. Viitattu 16.10.2016, <http://www.oppiporssi.fi.ezp.oamk.fi:2048/op/lta00404/do#q=mehupullokaries>
- Haapanen, M-L. 2014. Purenta ja puheen kehitys. *Suomen hammaslääkärilehti*. Viitattu 26.9.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K., Tervaskanto-Mäentausta T. 2015. Terveystoimittajan osaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Haurinen, I., Mattila, S. & Tepsa, T. 2014. Terveystoimittajaopiskelijoiden tiedot lasten suun terveystoimittajasta. Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.10.2016, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/83386/Haurinen_Irene.pdf?sequence=1
- Honkala, S. 2015. Maitohampaiden puhkeamisjärjestys lapsen iän mukaan. Terve suu -kuvat. Viitattu 26.10.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>
- Hurmerinta, K. & Nyström, M. 2014. Hampaiden kehitys ja puhkeaminen. *Therapia Odontologica*. Viitattu 29.11.2015, 8.2.2016 & 26.9.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>
- Hurmerinta, K. & Virolainen, K. 2014. Ristipurenta (K07.25). *Therapia Odontologica*. Viitattu 3.12.2015 & 6.11.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>
- Keto, A. & Murtomaa, H. 2014. Hampaiden harjaus. *Therapia Odontologica*. Viitattu 3.12.2015, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>
- Keränen, V., Lamberg, N. & Penttinen, J. 2003. Digitaalinen viestintä. 1. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Keränen, V., Lamberg, N. & Penttinen, J. 2005. Digitaalinen media. 1. painos. Porvoo: Boowell Oy.

Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. 1. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Kleemola-Kujala, E. 2014. Avopurenta (K07.24). Therapia Odontologica. Viitattu 3.12.2015 & 6.11.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

Kleemola-Kujala, E. 2014. Syväpurenta (K07.23). Therapia Odontologica. Viitattu 3.12.2015 & 6.11.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

Koski, K. 2016. Nokkamuki - hyvä idea? Mietitäänkö vielä! Terapeija terapiakeskus. Viitattu 26.9.2016, <http://www.terapeija.fi/nokkamuki-hyva-idea-mietitaanpa-viela-2/>

Luukkonen, J. 2000. Digitaalisen median käsikirjoitusopas. 1. painos. Helsinki. Edita Ab Oy.

Mäkinen, S., Nyman R. & Sundström-Lehto, U. 2014. Skeletaalin ankkurointi - kolme erilaista oikomis-kojetta. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.8.2016. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81401/Skeletaa.pdf?sequence=1>

Nylund, K., Pussinen, P. & Uitto, V-J. 2012. Suun mikrobien yhteys yleisterveyteen. Duodecim. Viitattu 23.8.2016.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10343

Ollila, P. 2010. Assessment of caries risk in toddlers. Oulun yliopisto. Väitöskirja

Pietilä, T., Pirttiniemi, P. & Varrela, J. 2007. Ortodontinen varhaishoito Suomessa - miksi, milloin ja miten?. Suomen Hammaslääkärilehti 4/2007. 9-10. Viitattu 10.2.2016, <http://www.digipaper.fi/hammaslaakarilehti/89251/index.php?pgnumb=9>

Pirinen, S. 2014. Hampaiden puhkeamishäiriöt. Therapia Odontologica. Viitattu 30.11.2015, http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/avaa?p_artikkeli=tod16007&p_haku=hampaiden%20kehitys%20ja%20puhkeaminen

Pirinen, S. 2013. Purennan kehitys. Therapia Odontologica. Viitattu 30.11.2015 & 3.12.2015, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

Pirinen, S. 2014. Purentavirheet. Hammashoidon kuvat. Therapia Odontologica. Viitattu 6.11.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

Pirinen, S. 2014. Purentavirheet. Therapia Odontologica. Viitattu 30.11.2015, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa: suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Tampere: Talentum Media Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Viitattu 6.10.2015, 23.5.2016 & 23.8.2016, <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114371/Opp200414.pdf?sequence=1>)

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2016. Fluori. Viitattu 27.10.2016, <http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/hampaiden-ja-suunpuhdistus/fluori#.WBHPbuCLS00>

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2016. Terveelliset ruokatottumukset. Viitattu 11.8.2016, <http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/ravinto-ja-suunterveys/terveelliset-ruokatottumukset#.WBN0AeCLS00>

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2016. Vauvan suunterveys. Viitattu 16.10.2016, <http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/suunterveys-eri-ikakausina/lasten-ja-nuorten-suunterveys/vauvan-suunterveys#.WAOGVeCLTIU>

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404

Tenovuo, J. 2014. Eroosiot. Therapia Odontologica. Viitattu 29.9.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

Tenovuo, J. 2014. Kariksen etiologia. Therapia Odontologica. Viitattu 10.2.2016 & 27.10.2016, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

Tenovuo, J. 2014. Kariesprofylaksi. Therapia Odontologica. Viitattu 4.10.2016 & 27.10.2016.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/tod/koti>

Tenovuo, J. 2014. Ruokavalio ja karies. Therapia Odontologica. Viitattu 9.12.2015,
<http://www.terveysportti.fi/dtk/tod/koti>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

THL. 2015. Lastenneuvolakäsikirja – Terveydenhoitaja. Viitattu 1.3.2016,
<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/maaraaikaistarkastukset/terveydenhoitaja>

THL. 2009. Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen - opas neuvoloille. Suun terveydenhuollon kehittämishanke. Viitattu 26.9.2016,
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120414/Suunterveys_neuvolaopas.pdf?sequence=1

THL. 2016. Syödään yhdessä - ruokasuositukset lapsiperheille. Viitattu 16.10.2016,
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129744/KIDE26_FINAL_WEB.pdf?sequence=1

Toimitus. 2014. Lasten kariespreventio. Therapia Odontologica. Viitattu 10.2.2016 & 27.10.2016,
<http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338.

Virtanen J., Vehkalahti K. & Vehkalahti M. 2015. Oral health behaviors and bacterial transmission from mother to child: an explorative study. University of Helsinki, hammaslääketieteen laitos. Viitattu 27.10.2016,
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164221/art_3A10.1186_2Fs12903_015_0051_5.pdf?sequence=1

Ikä määräaikaistarkastuksessa	Terveysneuvonnan aiheet	Suusta havainnoitavat asiat
6kk ja 8kk	<ul style="list-style-type: none"> Kariesta aiheuttavien bakteeritartuntojen estäminen Ruokailutavat, ruokailurytmi ja terveellinen ruokavalio Hampaiden harjaus 	
1v	<ul style="list-style-type: none"> Kariesta aiheuttavien bakteeritartuntojen estäminen Ruokailutavat, ruokailurytmi ja terveellinen ruokavalio Hampaiden harjaus 	<ul style="list-style-type: none"> Plakkipeitteiden havainnointi
1,5v	<ul style="list-style-type: none"> Kariesta aiheuttavien bakteeritartuntojen estäminen Ruokailutavat, ruokailurytmi ja terveellinen ruokavalio Hampaiden harjaus 	<ul style="list-style-type: none"> Plakkipeitteiden havainnointi Purenta (onko ensimmäinen hammas puhjennut)
2v	<ul style="list-style-type: none"> Kariesta aiheuttavien bakteeritartuntojen estäminen Ruokailutavat, ruokailurytmi ja terveellinen ruokavalio Hampaiden harjaus Fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö Napostelu Tutti pois! 	<ul style="list-style-type: none"> Plakkipeitteiden havainnointi
3v	<ul style="list-style-type: none"> Kariesta aiheuttavien bakteeritartuntojen estäminen Ruokailutavat, ruokailurytmi ja terveellinen ruokavalio Hampaiden harjaus Fluorin hammastahnan ja ksylitolin käyttö Napostelu Onhan tutti pois? 	<ul style="list-style-type: none"> Plakkipeitteiden havainnointi Kasvojen symmetria
4-6v	<ul style="list-style-type: none"> Ruokailutavat, ruokailurytmi ja terveellinen ruokavalio Hampaiden harjaus Fluorin hammastahnan ja ksylitolin käyttö 6 v ohjaus hammashoittoon, ellei ole käynyt vielä 	<ul style="list-style-type: none"> Plakkipeitteiden havainnointi Kasvojen symmetria

VIDEON KÄSIKIRJOITUS

Anita Kangasharju ja Annukka Määttä

STH3SN

RUUTU 1 *Aloitus*

Otsikko:

LAPSEN SUUN TERVEYDENTILAN ARVIO

RUUTU 2 *Aiheen esittely*

"Terveystenhoitajat ovat lastenneuvolan keskeisimpiä toimijoita, ja heidän vastuualueenaan on seurata lapsen hyvinvointia, kasvua ja kehitystä. Terveystenhoitajalla tulee olla valmiudet tehdä lapselle suun terveydentilan arvio määrääikaistarkastuksen yhteydessä. Tässä materiaalissa esitellään, kuinka suun terveydentilan arvio tehdään."

RUUTU 3 *Hampaiden puhkeaminen (taulukko)*

"Ensimmäinen maitohammas puhkeaa yleensä noin puolen vuoden iässä tyypillisimmin alaeualueelle. 3-vuotiaalla tulisi olla kaikki 20 maitohammasta suussa. Ensimmäisen maitohampaan tulisi olla puhjennut viimeistään 13 kuukauden iässä. Jos hammasta ei 18 kuukauden määrääikaistarkastuksessa vielä näy, on hyvä kääntyä hammaslääkärin puoleen. Ensimmäiset pysyvät hampaat puhkeavat hammasrivistössä takimmaisiksi lapsen ollessa 5–6-vuotias."

RUUTU 4 *Hampaiden harjaus*

"Lapsen hampaiden harjaus tulisi aloittaa heti ensimmäisen hampaan puhkeamisen jälkeen. Harjauksen ajankohdat ovat aamuin ja illoin. Harjaspään tulisi olla pehmeä ja kooltaan pieni.

Fluorihammastahnaa on hyvä käyttää heti, kun ensimmäinen hammas tulee näkyviin. Fluoripitoisuudet ilmoitetaan aina hammas-
tahnapakkauksen kyljessä."

RUUTU 5 Hampaiden harjaus

"Alle 3-vuotiaalta hampaat tulisi pestä kaksi kertaa päivässä. Vain toisella hampaanpesukerroista käytetään sipaisu fluorihammastahnaa. 3-vuotiailla ja sitä vanhemmilla käytetään molemmilla hampaidenpesukerroilla lapsen pikkusormen kynnen kokoinen nokare fluorihammastahnaa.

Vanhempien tulee pestä pienten lasten hampaat. Lapsi kykenee itsenäiseen hampaiden pesuun vasta kouluiässä."

RUUTU 6 Ravinto

"Monipuolinen ruokavalio ja säännölliset ruoka-ajat suojaavat hampaiden reikiintymiseltä. Suositeltava aterioiden määrä päivässä on 4–5 terveellistä ateriaa. Makeisten ja muiden naposteltavien ruokien tai juomien käytön tulisi olla kohtuullista ja ne tulisi sovittaa aina muiden aterioiden yhteyteen.

Pääsääntöisesti kaikki ruoat ja juomat lukuun ottamatta vettä aiheuttavat suun pH:n laskun eli happohyökkäyksen. Erityisen haitallisia hampaille ovat pitkäkestoisen happohyökkäyksen aiheuttavat runsassokeriset välipalat, kuten sipsit, toffeet ja rusinat."

RUUTU 7 Ksylitoli

"Ksylitolituotteita on hyvä käyttää heti aterioiden jälkeen.

Ksylitoli nopeuttaa suun pH:n neutralisointia ja sen säännöllinen käyttö estää hampaiden reikiintymistä. Myös vanhempien on hyvä käyttää ksylitolituotteita, koska niiden on katsottu vähentävän kariesbakteerin tarttumisriskiä vanhemmilta lapselle."

RUUTU 8 Karies

"Hampaiden reikiintymistä eli karioitumista aiheuttavat muun muassa Streptococcus mutans -bakteerit. Lapsi saa mutans-tartunnan useimmiten omalta äidiltään sylkikontaktin välityksellä.

Lapsen suuhun ei kannata laittaa esimerkiksi lusikkaa tai tuttia, joka on käynyt toisen henkilön suussa.

Tyypillisimmin lasten maitohammaskaries kehittyy hampaiden purpinnoille tai ns. mehupullokarieksena etuhampaisiin lähelle ienrajaa."

RUUTU 9 Tutti

"Tutin käytön lopettaminen olisi suositeltavaa lapsen ollessa 1-vuotias, mutta viimeistään tutista tulisi päästä eroon toiseen ikävuoteen mennessä. Pitkään käytettynä tutti voi aiheuttaa avopurennan. Lisäksi pitkäaikainen tutin käyttö voi lisätä Streptococcus mutans -bakteerien määrää suussa. Eri tuttivaihtoehdoista kannattaa suosia anatomista tuttia, joka on kehitetty ehkäisemään purentavirheitä.

Tuttipullon käytöstä luovutaan noin vuoden ikäisenä, jonka jälkeen kannattaa suoraan opetella käyttämään mukia. Nokkamukin käyttöä ei enää suositella, sillä se edistää edelleen imemistottumusta ja saattaa aiheuttaa purentavirheitä sekä suun lihaksien vääränlaista käyttöä."

RUUTU 10 Kasvojen tutkiminen

"Ensimmäiseksi tehdään havaintoja lapsen kasvoista ja suusta. Ensin voidaan katsoa lapsen kasvojen symmetriaa. Olennaista on havainnoida, sijoittuuko leuan kärki keskelle kasvojen keskilinjaa ja ovatko kasvojen eri puoliskot keskenään samanlaiset. Mikäli kasvojen alueella on huomattava asymmetria, se voi olla merkki esimerkiksi purentavirheestä. Lisäksi katsotaan huulten, suuta ympäröivän ihon ja suupieliin kunto haavaumien varalta, sillä ne voivat kertoa esimerkiksi suun sieninfektiosta."

RUUTU 11 Ylähuulen nostaminen

"Seuraavaksi nostetaan lapsen ylähuulta. Huulta nostettaessa voidaan kiinnittää huomiota huulijänteen mahdolliseen kireyteen. Ylähampaista havainnoidaan hampaiden mahdolliset plakkipeitteet. Plakki kertoo riittämättömästä harjauksesta ja aiheuttaa riskin kariekselle. Siksi lapsi tulee ohjata hammashoitolaan, mikäli plakkia löytyy hampaiden pinnoilta."

RUUTU 12 Limakalvot, kieli, kielijänne

"Seuraavaksi lasta pyydetään avaamaan suu. Jos lapsi ei suostu avaamaan suuta, apuna voi käyttää peukaloa sekä etusormea

näytetään kuinka tekniikka toimii. Tässä vaiheessa on hyvä ottaa avuksi spaatteli ja erillinen pieni lamppu, jolla näytetään valoa suuhun. Suun sisäpuolelta havainnoidaan yleisesti limakalvojen kunto, kielen puhtaus ja kielijänne. Kielijänteen kireys voidaan tarkistaa pyytämällä lasta nostamaan kielen kärki ylähuulelle. Jos kielen kärki ei ylety lapsen ylähuulelle, voi kyseessä olla kireä kielijänne.”

RUUTU 13 Hampaiden puhkeaminen

“Hampaiden lukumäärä ja hampaiston vaihduntavaihe on hyvä ottaa huomioon. Esimerkkilapsemme on 4-vuotias, joten hänellä tulee olla kaikki 20 maitohammasta. Tässä tapauksessa on syytä muistaa myös ensimmäisen pysyvän hampaan puhkeaminen hammasrivistön taakse.”

RUUTU 14 Karies

“Lapsen hampaiden reikiintymistä voidaan havainnoida silmämääräisesti. Karioitunut hammas voi näyttää vaurioituneelta, ja siinä voi olla havaittavissa kellertäviä, ruskeita värejä. Mikäli karioitumista huomataan, tulee lapsi ohjata hammaslääkärille.

Kaikki arvion aikana tehdyt havainnot kirjataan muistiin potilastietoihin.”

RUUTU 15 Lopetus

Vanhempien suun terveydellä ja perheen toimintamalleilla on suuri merkitys suun terveyden ylläpitämisessä. Vanhempien omat suunhoitotottumukset siirtyvät lapsille, sillä lapset ottavat mallia van-

hemmistään. Moniammatillisella yhteistyöllä tuemme parhaiten lasten ja lapsiperheiden suun terveyttä."

KUVAUSSOPIMUS

1. Sopijaosapuolet

Opinnäytetyön tekijät:
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma, STH3SN
Anita Kangasharju & Annukka Määttä

Kuvauskohde ja huoltaja:

[REDACTED]
[REDACTED]

Kuvaaja:
Annukka Määttä

2. Sopimuksen taustatiedot


Opinnäytetyön ohjaaja:
Anne Korteniemi
Anne Keckman

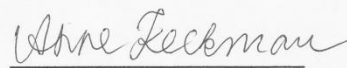
Opinnäytetyön tekijät tekevät videon Oulun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoille lapsen suun terveydentilan arvion tekemisestä. Videon kuvaus tapahtuu viikolla 42 (2016).


3. Sopimusehdot

Tekijänoikeudet jäävät videon tekijöille. Kuvauskohde / huoltaja eivät saa rahallista korvausta videokuvaukseen osallistumisesta. Tilaja (OAMK) saa käyttää, kopioida ja levittää videota koulun sisällä vapaasti, mutta sisällön muutoksia ei saa tehdä ilman opinnäytetyön tekijöiden lupaa.

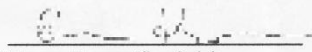
4. Allekirjoitukset


Anne Korteniemi


Anne Keckman


Anita Kangasharju


Annukka Määttä


[REDACTED] (huoltaja)

KUVAUSSOPIMUS

1. Sopijaosapuolet

Opinnäytetyön tekijät:
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma, STH3SN
Anita Kangasharju & Annukka Määttä

Kuvauskohde ja huoltaja:

[REDACTED]
[REDACTED]

Kuvaaja:
Annukka Määttä

2. Sopimuksen taustatiedot

Opinnäytetyön ohjaaja:
Anne Korteniemi
Anne Keckman

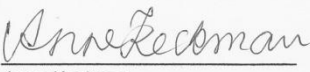
Opinnäytetyön tekijät tekevät videon Oulun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoille lapsen suun terveydentilan arvon tekemisestä. Videon kuvaus tapahtuu viikolla 42 (2016).

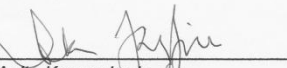
3. Sopimusehdot

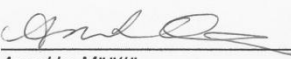
Tekijänoikeudet jäävät videon tekijöille. Kuvauskohde / huoltaja eivät saa rahallista korvausta videokuvaukseen osallistumisesta. Tilaaaja (OAMK) saa käyttää, kopioida ja levittää videota koulun sisällä vapaasti, mutta sisällön muutoksia ei saa tehdä ilman opinnäytetyön tekijöiden lupaa.


4. Allekirjoitukset


Anne Korteniemi


Anne Keckman


Anita Kangasharju


Annukka Määttä


[REDACTED] (huoltaja)